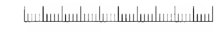
ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.





ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE;

JOURNAL

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, etc.

2.me ANNÉE. — TOME V.

MAI 1824.

A PARIS,

CHEZ BÉCHET jeune, Libraire de l'Académie Royale de Médecine, place de l'Ecole de Médecine, N.° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, N.° 20.

1824.

Lors de la publication des ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, les Rédacteurs se sont abstenus de placer en tête de leur Journal une liste de noms plus ou moins célèbres ; ils n'auraient fait que reproduire celle que l'on voit, composée des mêmes noms, sur la couverture de chaque Journal de médecine ; ils avaient en vue de publier un Recueil purement scientifique, ouvert à tous les travaux utiles, à tous les faits intéressans, à toutes les opinions raisonnables, indépendant de toute espèce d'influence étrangère à l'intérêt de la science ; ils voulaient, d'ailleurs, que les médecins jugeassent cette entreprise d'après ses propres résultats ; tels furent les motifs qui engagèrent les Rédacteurs des Archives à faire paraître ce Journal, sans indiquer les personnes qui devaient y insérer leurs travaux. Mais aujourd'hui nous pouvons le faire si ce moyen doit inspirer plus de confiance aux lecteurs.

Les Auteurs qui ont travaillé aux ARCHIVES, sont MM. : ANDRAL fils, membre de l'Acad. Roy. de Méd. : AUDOUIN ; BABINET, prof. de physique : BÉCLARD, prof. à la Faculté de Paris : BLANDIN, aide d'Anatomie à la Faculté : BOCROS, prosect. à la Faculté : BOUILLAUD, D.-M. : BOUSQUET, D.-M. : BRESCHET, chirurg. en chef des Enfans-Trouvés : J. CLOQUET, chirurg. de l'hôpital St.-Louis : H. CLOQUET, memb. de l'Acad. : COSTER, D.-M. : CRUVEILHIER, membre de l'Acad. ; CULLERIER, chirurg. de l'hôp. des Vénérieus : DEFERMON, D.-M. : DESMOULINS, D.-M. : DESORMEAUX, prof. à la Fac. : DESALLE, D.-M. : P. DUBOIS, chirurg. de la Maison de Santé : DUGÈS, prosect. à la Fac. : DUMAS : DUMERIL, membre de l'Institut : EDWARDS, D.-M. : ESQUIROL, méd. de la Salpétrière : FLOURENS, D.-M. : FODERA, D.-M : FOUQUIER, prof. à la Fac. : GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, membre de l'Institut : GEORGET, memb. de l'Acad. : GERDY, prosect. à la Fac. : GIRARD fils, prof. à l'Ecole vétérinaire d'Alfort : GOUPIL, D.-M. attaché à l'hôp. milit. de Toulouse : GUERSENT, med. de l'hôp. des Enfans : DE HUMBOLDT, membre de l'Institut : JULIA, prof. de chimie : LAENNEC, prof. à la Fac. : LACNEAU, memb. de l'Acad. : LALLEMAND, prof. à la Faculté de Montpellier ; LEBIDOIS, D.-M. : LISFRANC, chir. du Bureau central des hôp. : LONDE, D.-M. : LOUIS ; D.-M. : MARTINI, D.-M. : MIRAULT, D.-M. : OLLIVIER, D.-M. : ORFILA, prof. à la Fac. ; OUDET, D.-M.-Dentiste, memb. de l'Acad. ; PINEL, membre de l'Institut : PINEL fils, D.-M. : PREVOST, D.-M. : RAIGE-DELORME, D.-M. : RATIER, D.-M. : RAYER, méd. du Bureau central des hôpitaux : RICHARD, prof. de botanique : RICHERAND, prof. à la Fac. : RICHOND, D.-M., aide-major à l'hôpital milit. de Strasbourg ; ROCHE, D.-M. ; RULLIER, méd. de Bicêtre : SANDER, D.-M. : SCOUTETTEN, D.-M. attaché à l'hôp. milit. de Toulouse : SOMMÉ, chirurg. en chef de l'hôpital d'Anvers : TOURREL, D.-M. : TROUSSEL, D.-M. : VAVASSEUR, D.-M.

Parmi les médecins dont les noms n'ont point encore paru dans le Journal, mais qui se sont engagés à fournir des travaux, nous citerons ceux de MM. ADELON, memb. de l'Acad. : BIETT, méd. de l'hôp. Saint-Louis : CHOMEL, méd. attaché à la Charité : COUTANCEAU, méd. du Val-de-Grâce : CRUVEILHIER, memb. de l'Acad. : DUPUYTREN, chirurg. en chef de l'Hôtel-Dieu : FERRUS, méd. de la Salpétrière : HUSSON, méd. de l'Hôtel-Dieu : ITARD, méd. de l'Institution des sourds-muets : LANDRÉ-BEAUVAIS, prof. : MARC, memb. de l'Acad. : MARJOLIN, prof. : MURAT, chirurg. en chef de Bicêtre : ROCHOUX, memb. de l'Acad. : ROSTAN, méd. de la Salpétrière : ROUX, prof. à la Fac. ; VELPEAU, chef de clinique à la Faculté.

Nous pouvons donc nous flatter que les Archives-générales de Médecine, par la situation favorable de la plupart des rédacteurs et par leurs relations étendues, sont devenues le véritable point de réunion de tous les travaux importans sur la théorie et la pratique de la médecine, et que, par la coopération des médecins qui sont à la tête des hôpitaux de Paris et de Province, notre Journal contient ce que la clinique medicale et chirurgicale offre de réellement intéressant.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

Du Ramollissement avec amincissement, et de la destruction de la membrane muqueuse de l'estomac ; par M. Louis, *D.-M.-P.* (*Mémoire présenté à l'Académie royale de Médecine, section de médecine, le* 27 *janvier* 1824.)

Nous avons souvent rencontré, à l'ouverture des sujets qui avaient succombé à des maladies chroniques, une lésion extrêmement grave de la membrane muqueuse de l'estomac. Cette lésion, qui consiste dans le ramollissement avec amincissement, et quelquefois dans la destruction complète d'une partie plus ou moins étendue de cette membrane, ne nous semble pas avoir été décrite ; elle n'est cependant pas fort rare ; on l'observe à un degré plus ou moins marqué sur la douzième partie des sujets environ, soit comme primitive, soit, et dans la plupart des cas, comme complication d'une maladie chronique : quelquefois latente, elle marche le plus souvent accompagnée de symptômes capables de la faire reconnaître, ou tout au moins soupçonner pendant la vie ; et c'est cette dernière raison qui nous engage à communiquer dès-à-présent les observations que nous avons recueillies à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Chomel.

Ire *Obs.* — *Ramollissement, destruction de la membrane muqueuse de l'estomac dans son grand cul-de-sac et à sa face postérieure.* — Une femme, âgée de 55 ans, présentait tous les signes d'une luxation spontanée de l'articulation iléo-fémorale, quand elle fut admise l'automne dernier à l'hôpital de la Charité. Elle se plaignait d'avoir perdu presqu'entièrement l'appétit depuis quelque temps, et l'anorexie était complète depuis un mois, quand elle fut prise de douleurs à l'épigastre, de nausées, de vomissemens de matières vertes et amères. Ces symptômes, et sur-tout la douleur, augmentèrent rapidement; l'opium de Rousseau administré à doses successivement croissantes, et porté à 80 gouttes dans la journée, ne produisit aucun soulagement, et après vingt-cinq jours de souffrances, c'est à-dire, au quatrième mois de son entrée à l'hôpital, la malade mourut sans avoir présenté de phénomènes cérébraux, sans la moindre altération des facultés intellectuelles.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes les poumons rougeâtres, un peu engoués en arrière et en bas, le cœur parfaitement sain, le foie volumineux, d'un rose clair, facile à déchirer, gras; la vésicule remplie d'une bile poisseuse, abondante et noirâtre; le pancréas et la rate dans l'état naturel : l'estomac, distendu par des gaz, offrant deux aspects différens à sa face antérieure et dans le reste de son étendue. Dans la première partie, la membrane muqueuse avait une couleur blanchâtre, une consistance et une épaisseur convenables; partout ailleurs elle était verdâtre, et cette couleur était interrompue par des plaques d'un blanc bleuâtre, traversées par des vaisseaux larges et vides au niveau de ces plaques; la membrane muqueuse était demi-transparente, extrêmement mince, et d'une mollesse comparable à celle d'un mucus un peu visqueux. Outre les plaques qui donnaient à la partie sur laquelle elles se trouvaient un coup-d'œil comme pommelé, il y avait le long de la petite courbure une bande

de la même couleur, large d'un pouce, et dont la continuité n'était interrompue, par intervalles, que par quelques lignes verdâtres : la membrane muqueuse avait subi à son niveau l'altération indiquée, et était détruite complètement en plusieurs points. Là où elle était verdâtre, elle avait moins de fermeté que d'ordinaire, et une épaisseur convenable. Le tissu sous-muqueux était sain; la membrane musculeuse un peu molle peut-être, et plus mince que dans l'état ordinaire, dans la portion malade.

Rien n'était, comme on voit, plus facile à reconnaître que la lésion que nous cherchons à signaler. La partie de la membrane muqueuse qui en était le siége se trouvait transformée en une sorte de mucus glaireux extrêmement mince, demi-transparent, qui laissait voir la couleur de la tunique sous-muqueuse, les vaisseaux qui rampent à sa surface, et donnait aux parties où on l'observait, à raison de cette demi-transparence, un aspect blanc bleuâtre, qui était à-peu-près le même là où la membrane muqueuse était entièrement détruite. Au niveau de la partie malade, il y avait une dépression sensible; les vaisseaux étaient larges et vides; et, comme nous le verrons dans la suite, la plupart de ces caractères se trouvent réunis dans tous les cas.

Les symptômes répondaient à la gravité de la lésion : après avoir perdu plus ou moins l'appétit pendant quatre mois au moins, la malade a des nausées, des vomissemens, des douleurs à l'épigastre : ces symptômes acquièrent chaque jour plus de violence; les douleurs sont bientôt portées au point de ne pouvoir être calmées d'aucune manière, et après trois semaines de souffrances la malade meurt sans autre lésion que celle indiquée, et l'état graisseux du foie. Or, nous ne pensons pas que cette double lésion puisse faire naître des doutes sur celui des deux organes auxquels on doit attribuer les phénomènes observés; car, quand les faits s'expliquent facilement et

naturellement par l'altération directe d'un viscère, il serait peu convenable de recourir aux sympathies. Nous savons que des médecins, d'ailleurs fort instruits, ont attribué au foie des vomissemens qui avaient tourmenté les malades long-temps avant la mort, quand, à l'ouverture du cadavre, ils ont trouvé une lésion plus ou moins grave du foie; mais nous pensons que peut-être ils n'auront été conduits à cette manière de voir, que par une observation incomplète; que l'état du foie aura absorbé toute leur attention, ou qu'ils n'en n'auront fait que fort peu à celui de l'estomac. Quoiqu'il en soit, nous pensons que dans le cas dont il s'agit, on ne saurait reconnaître d'autre source des vomissemens que l'estomac; et les observations suivantes, en nous montrant les mêmes vomissemens dans le cas où le foie était sain, mettront la chose hors de doute.

II.me *Obs.— Ramollissement, amincissement de la membrane muqueuse à la face postérieure, et dans le grand cul-de-sac de l'estomac.* — Une fille, âgée de 23 ans, grande, bien développée, d'une constitution primitivement forte, mais affaiblie depuis quelque temps, fut admise à l'hôpital de la Charité, le 12 mai 1823; elle était fort sujette aux rhumes, crachait quelquefois du sang, avait des douleurs dans les articulations depuis l'âge de huit ans, et à l'épigastre depuis quelques années; se plaignait d'aigreurs après le repas, depuis quinze mois, et avait souvent la diarrhée. Les douleurs dans les articulations l'avaient empêchée de travailler depuis plus de trois mois, et c'était pour y trouver du soulagement qu'elle était venue à l'hôpital; car alors elle toussait peu; ses douleurs à l'épigastre étaient modérées; l'appétit, quoique faible, n'avait pas entièrement disparu; elle n'avait pas de diarrhée; la maigreur était peu considérable. (*Infusion de bourrache miellée; bain; un quart de portion.*) — Dans les derniers jours de mars et les premiers

d'avril, toux forte, crachats abondans. — Le 10, augmentation des douleurs à l'épigastre; langue large, humide, un peu rouge à la pointe; appétit médiocre, sans soif; digestion assez facile, renvois fréquens, selles rares. (*Application d'un emplâtre de poix de Bourgogne émétisé à l'épigastre;* le reste de la prescription comme le premier jour.) — Du 28 avril au 11 mai, augmentation progressive des douleurs épigastriques; elles sont lancinantes, accompagnées d'ardeur, de soif intense, d'anorexie, de nausées avant comme après le repas, qui se composait uniquement depuis quelques jours de crêmes de riz. — Le 11, légère hémoptysie. A raison de l'aménorrhée qui existait depuis cinq mois, on prescrivit une saignée de pied, qui ne fut suivie que de peu de soulagement. — Le 23, hémoptysie nouvelle, nausées; obligation de se découvrir quelquefois l'épigastre pour calmer l'ardeur dont il est le siège. (*Solution de sirop de gomme, potion antispasmodique sans éther; diète absolue.*) — Jusqu'au 20 juin, il y eut peu de changement, sinon que peu après l'usage de la potion, la douleur et la chaleur à l'épigastre avaient diminué, pour reparaître ensuite très-vives, sans cause connue. — Du 10 au 20 juillet, coliques fréquentes, diarrhée, hémoptysie légère, nausées, chaleurs entremêlées de frissons, crachats pelotonnés, etc. (*Solution de sirop de gomme; eau de Seltz.*) — Du 26 juillet au 1.er septembre, état presque stationnaire; alternative d'augmentation et de diminution des douleurs épigastriques, nausées parfois accompagnées de vomissemens; appétit variable d'un jour à l'autre; persistance de la céphalalgie après l'application de quelques sangsues à la vulve. On joignit un quart de grain d'acétate de morphine aux moyens précédens, qu'on avait repris et quittés plusieurs fois; et d'après le degré de son appétit, la malade fut tantôt à la diète absolue, tantôt mangea quelques crêmes de riz, un œuf, ou un peu de volaille. —

Le 1.er septembre (*l'acétate de morphine était suspendu depuis quelques jours*), l'appétit devint meilleur, et le demi-quart de portion ne produisait pas de mal-aise ni d'étouffemens à l'épigastre, qui restait néanmoins toujours très-sensible à la pression. — Le 9, sans cause connue, bouche amère, pâteuse, nausées, vomissemens, douleurs vives, chaleur à l'épigastre. Ces symptômes augmentèrent encore les jours suivans : la malade se découvrait pour calmer l'ardeur qu'elle éprouvait à la région de l'estomac, vomissait journellement une petite quantité de bile, toussait peu, avait beaucoup de coliques et de diarrhée, se dégoûtait de tout, ne prenait pas deux jours de suite la même tisane. (*Émulsion avec le sirop de coing, potion gommeuse avec un quart de grain d'acétate de morphine.*) — Le 3 octobre, augmentation de la diarrhée. (*Lavemens avec dix gouttes de laudanum.*) Depuis ce moment jusqu'à la mort, qui arriva le 31 du même mois, il y eut des douleurs à l'épigastre, et des vomissemens de bile presque journaliers, mais peu abondans : la soif devint plus vive, et les boissons froides qui avaient été repoussées jusqu'alors furent recherchées avec empressement par la malade, qui finit par boire à la glace, puis par n'oser satisfaire sa soif, même avec de l'eau sucrée ou pure, dans la crainte des vomissemens. — L'anorexie ne fut pas constante ; la diarrhée et les coliques devinrent chaque jour plus fortes ; il y eut des lipothymies incomplètes, et la malade mourut dans le dernier degré de marasme, pour ainsi dire en pleine connaissance, n'ayant eu que quelques momens de délire dans les deux dernières nuits.

L'ouverture du corps fut faite vingt-quatre heures après la mort. On trouva une cuillerée de sérosité dans les ventricules latéraux du cerveau ; la trachée et le larynx sains ; des excavations tuberculeuses peu considérables au sommet des poumons ; le cœur dans l'état naturel ; le foie

volumineux, gras, friable et un peu mou; les reins et le pancréas sains; l'œsophage tapissé intérieurement par une sorte de fausse membrane pultacée; l'estomac d'un volume un peu au-dessus de celui qui lui est naturel, offrant trois aspects différens : à sa face antérieure, la membrane muqueuse était d'un rose clair, et un peu mamelonnée; elle était blanche et d'une bonne consistance dans le voisinage du pylore, tandis que dans le reste de son étendue elle était d'un blanc bleuâtre, très-mince, très-molle, n'avait que la consistance d'un mucus glaireux, offrait une dépression très-sensible près des bords qui la circonscrivaient : dans quelques points même cette espèce de mucus glaireux paraissait manquer entièrement. Il y avait de nombreux et larges ulcères dans l'intestin grêle; le cœcum en offrait quelques-uns; la muqueuse du colon était pâle et ramollie dans toute son étendue.

Quoique nous n'ayons pas indiqué l'état des vaisseaux placés au-dessous de la membrane muqueuse, l'identité de la lésion observée dans ce cas et dans celui qui précède, n'en est pas moins évidente : dans l'un et dans l'autre, même mollesse, même amincissement, même transparence, même décoloration de la muqueuse qui manque entièrement dans quelques points. Par rapport aux symptômes, l'analogie n'est pas moins grande; dans ces deux cas, en effet, les nausées, les vomissemens, les violentes douleurs à l'épigastre, avaient été précédés, pendant un temps considérable, de dérangement dans les digestions; et ces accidens ont persisté avec plus ou moins de violence jusqu'à la mort. Seulement, la marche de la maladie a été plus rapide dans le premier cas, plus lente dans le second : tels symptômes qui se sont développés simultanément chez l'un des malades, ont paru successivement chez l'autre; là, ils ont été continus, ici ils ont offert des rémittences assez marquées; en sorte qu'on aurait pu croire, à une certaine époque de la maladie,

que les fonctions digestives se rétablissaient, que l'estomac ne se trouvait pas en très-mauvais état. D'ailleurs, cette observation offre un intérêt particulier à raison de la longueur du séjour de la malade à l'hôpital, de la facilité que nous avons eue de suivre la maladie dans tout son cours, de noter ses momens de repos et d'exaspération, les alternatives de dégoût et d'appétit; les caprices de l'estomac qui, dans les derniers temps, ne pouvait supporter les mêmes boissons deux jours de suite, et son extrême susceptibilité que nous n'avons jamais rencontrée au même point. Malgré des douleurs souvent très-vives et un malaise presque continuel, la malade conservait une partie de la gaîté qui lui était naturelle; ses forces n'étaient pas tellement abattues qu'elle ne se promenât encore un peu dans les salles de l'hôpital, quelques jours avant sa mort.

III.me *Obs.* — *Ramollissement, amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac dans son extrémité diaphragmatique chez un phthisique.* — Un espagnol, âgé de quarante ans, d'une constitution forte, avait eu, depuis dix ans, plusieurs maladies vénériennes qui semblaient avoir été bien traitées. Comme il avait néanmoins des ulcères aux jambes, qui récidivaient continuellement, on lui fit, au mois d'avril dernier, un nouveau traitement mercuriel, qu'on interrompit au quarantième jour, par suite d'un sentiment de constriction très-pénible à la partie inférieure de la poitrine. Les ulcères n'étaient pas encore entièrement cicatrisés quand le malade fut admis à l'hôpital de la Charité, le 22 septembre 1823. Alors, il nous apprit qu'il toussait et crachait sans interruption depuis quatre ans, que les digestions étaient pénibles, et l'appétit très-sensiblement diminué depuis cinq; qu'il avait commencé à maigrir à la même époque; qu'il était tourmenté par une diarrhée abondante depuis cinq semaines; que les selles étaient quelquefois sanguinolentes et la soif très-vive depuis quinze jours. Le 23 octobre, il était dans

l'état suivant : sentiment de faiblesse très-marqué sans céphalalgie ni douleurs dans les membres ; langue large, humide, villeuse, peu colorée ; appétit très-faible, bouche pâteuse, soif vive, selles liquides, nombreuses, quelquefois sanguinolentes, accompagnées de coliques sourdes ; pouls peu accéléré, frissons fréquens, crachats verdâtres et épais. (*Décoction de riz avec le sirop de coing, infusion de lichen, potion gommeuse, diascordium* 1 *gros, deux fois; deux crêmes de riz, deux laits de poule.*) Le 1.er octobre et jours suivans, nausées dès qu'il prend du bouillon ou des laits de poule ; le 8, douleurs vives par tout le ventre et surtout à l'épigastre ; c'était, suivant le malade, *dans ce dernier point qu'était tout son mal* ; il n'y avait point de chaleur locale. Le 23, la diarrhée et l'anorexie, restant les mêmes, la douleur épigastrique était accompagnée de chaleur qu'un peu de crême de riz augmentait encore ; la langue était naturelle au pourtour, villeuse au centre, le malade ne trouvait un peu de calme qu'en gardant une diète absolue : le pouls était petit et faible, à 96 pulsations ; la toux peu fréquente, la perte des forces considérable. (*Décoction de riz avec le sirop de coing, diascordium avec un demi-grain d'opium, deux fois; trois crêmes de riz*). Du 24 au 26, nausées fréquentes, douleurs, sentiment continuel d'embarras à l'épigastre. Le 28, les crachats étaient un peu souillés de sang. Les 29 et 30, retour des nausées, défaillance incomplète et de longue durée, persistance de la douleur à l'épigastre.

A compter du 1.er jusqu'au 6 novembre, jour de la mort, l'affaissement fit des progrès continuels, et l'on s'attendait, d'un moment à l'autre, à voir finir le malade : on ajouta, à la prescription précédente, une potion tonique, avec dix gouttes de laudanum, et une tasse de vin.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort. Le cadavre ayant été injecté pour les dissections, le cer-

veau ne fut pas ouvert. On trouva la trachée-artère et surtout les bronches d'un rouge très-foncé, leurs grosses divisions élargies, leurs anneaux cartilagineux épaissis; les poumons d'un rouge brun, parsemés d'un grand nombre de granulations tuberculeuses grisâtres, sans excavations: le cœur sain, le foie ecchymosé à son bord postérieur, d'une consistance médiocre; la rate triplée de volume, dure et friable, grasse au toucher: les reins, le pancréas, la vessie, l'œsophage dans l'état naturel: l'estomac, d'un petit volume, offrant dans son grand cul-de-sac, des marbrures d'un rouge brun, dans l'intervalle desquelles la membrane muqueuse était blanche, ramollie et amincie. A sa face antérieure, immédiatement au-dessous du cardia, et dans la hauteur de trois pouces, il avait une couleur blanc bleuâtre, résultat de l'amincissement de la membrane muqueuse réduite en cet endroit à l'épaisseur de celle du colon, et à la consistance d'un mucus glaireux demi-transparent. Les tuniques cellulaire et musculaire correspondantes n'offraient rien de remarquable. La membrane muqueuse de l'intestin grêle et du colon, était ramollie; elle offrait de larges et nombreuses ulcérations dans ce dernier.

Encore la même lésion que dans les précédentes observations, aussi ne nous y arrêterons-nous pas. Remarquons seulement qu'elle occupait la plus grande partie de la face antérieure de l'estomac, qu'elle y était plus avancée que dans le grand cul-de-sac, et que cette circonstance repousse l'idée que l'on pourrait avoir d'attribuer aux liquides qui séjournent dans la grosse extrémité de l'estomac, une influence quelconque sur la production de la maladie que nous étudions. D'ailleurs, sa marche a été la même que dans les deux premiers cas; les digestions avaient été dérangées pendant long-temps, le malade avait maigri quand il commença à éprouver des nausées, des douleurs à l'épigastre, etc.

IV.[me] *Obs.* — *Amincissement et ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac dans ses trois quarts supérieurs, chez une femme atteinte de phthisie pulmonaire.* — Une domestique, âgée de trente-deux ans, d'un caractère vif et gai, dont la constitution avait été très-forte, vint à l'hôpital de la Charité, le 6 mai 1823. Elle était malade depuis treize mois, et dans les trois années antérieures, elle avait perdu, sans en connaître la cause, une partie de son embonpoint et de son appétit. Dans *le premier mois* de sa maladie, nausées fréquentes, vomissement de presque tous les alimens, anorexie, soif, douleurs à l'épigastre, chaleur brûlante. Ces symptômes, à l'exception des vomissemens, continuèrent plus ou moins fort, jusqu'au 5.[me] mois à partir du début, sans obliger la malade à quitter ses occupations. A cette époque, elle fut à la campagne où elle recouvra un peu d'appétit; mais à peine de retour à Paris, elle fut obligée d'entrer dans un hôpital où elle eut encore un peu d'appétit pendant deux mois; ce premier temps passé, les phénomènes gastriques se prononcèrent avec intensité, les nausées et les vomissemens devinrent fréquens; la chaleur et la soif, qui n'avaient jamais quitté, étaient considérables; et la malade ne pouvait supporter que les boissons très-froides. *La toux*, qui avait commencé un mois après le début des vomissemens, avait continué sans interruption, accompagnée de crachats plus ou moins abondans et quelquefois d'hémoptysies. — Le 7 mai, l'émaciation était considérable, la figure sans autre expression que celle qui dépend de la maigreur, point de céphalalgie, et il n'y en avait pas eu depuis le début: la langue était dans l'état naturel, la soif extrême, au point que la malade buvait de huit à neuf pintes de tisanne dans les vingt-quatre heures; la bouche amère, l'anorexie complète: la toux excitait les nausées, quelquefois il y avait des vomissemens; l'épigastre était tendu, douloureux, surtout à la pression; la diarrhée qui existait depuis six mois,

considérable, le pouls médiocrement accéléré; les crachats puriformes, la pectoriloquie évidente, la faiblesse extrême. (*Tisane de riz avec le sirop de gomme; potion gommeuse; trois demi-crêmes de riz, un lait de poule*). — Les mêmes symptômes continuèrent en augmentant d'intensité. Le 17, les douleurs épigastriques étaient accompagnées d'une chaleur locale très-intense; la *malade disait que sa maladie n'avait jamais été ailleurs qu'à l'épigastre*. (*Décoction blanche; décoction de riz avec le sirop de gomme, potion gommeuse avec un grain d'opium*). — Pas de changement notable les jours suivans; l'anorexie, les nausées et les vomissemens étaient à peu-près les mêmes; la langue, dont la couleur avait quelquefois varié, était dans l'état naturel. — Dans la journée du 27, la malade annonça ne plus éprouver de douleurs, fut une grande partie du temps à son séant, chantait à très-haute voix pour exprimer son bonheur; le soir, le défaut de force l'empêchait de témoigner sa joie d'une manière si bruyante; elle se disait toujours très-bien, et à minuit elle expira.

L'autopsie ayant été faite le surlendemain, on trouva le cerveau, la trachée-artère et le larynx en bon état; le cœur un peu mou; l'œsophage dans l'état naturel, l'estomac très-distendu, contenant un liquide couleur de café au lait; sa membrane muqueuse d'un blanc pâle, extrêmement mince jusqu'à trois pouces du pylore, d'une mollesse diffluente, comme glaireuse, et vergétée d'un grand nombre de lignes brunes qui existaient dans toute l'étendue de la lésion; le duodénum un peu rouge, une foule de petits ulcères quelquefois tuberculeux dans l'intestin grêle et dans le colon; la muqueuse de ce dernier un peu ramollie.

Ici la lésion de la membrane muqueuse de l'estomac ne frappait pas au premier aspect, et faute d'un examen attentif, on aurait pu facilement la méconnaître. La couleur blanc bleuâtre n'existait pas, ce qui tenait à un défaut de

transparence que personne, sans doute, ne regardera comme une circonstance assez grave pour admettre une différence réelle dans deux états, d'ailleurs, si exactement les mêmes. Nous verrons dans quelques-unes des observations qui suivent, des différences de couleur encore plus considérables, sans qu'il soit possible d'en conclure à une différence réelle dans la nature de la maladie observée. Sans donc insister davantage sur ce point, nous remarquerons l'étendue considérable de la lésion qui occupait les trois-quarts supérieurs de l'estomac, la ressemblance des symptômes avec ceux qui ont été observés jusqu'ici, la marche de la maladie, la lenteur avec laquelle elle a parcouru ses périodes et ses rémissions. Nous croyons, en effet, devoir faire remonter son début à l'époque où, après avoir maigri et perdu un peu de son appétit pendant plusieurs années, la malade fut prise de nausées, de vomissemens, etc. Et, par rapport au retour de l'appétit à l'époque du séjour de la malade à la campagne, nous n'y voyons qu'une amélioration passagère, effet le plus ordinaire du repos, du régime, du changement d'habitude et de lieu; en sorte qu'il y aura eu dans ce cas une rémittence de trois à quatre mois, comme nous en avions vu pour beaucoup moins de temps, il est vrai, chez la malade qui fait le sujet de l'observation précédente; et ceci est d'autant plus probable, que pendant cette époque la chaleur et la soif ont continué d'une manière incommode. Ce qu'il convient encore de remarquer ici, c'est le peu d'affaiblissement auquel la maladie avait donné lieu dans sa première période, puisque la malade n'en continuait pas moins alors des occupations assez pénibles, ce que les faits suivans nous permettront encore de remarquer.

V.e Obs. — *Amincissement, ramollissement, décoloration de la membrane muqueuse de l'estomac, à gauche du cardia, dans une surface de cinq pouces, chez un sujet*

phthisique. — Une couturière, âgée de 42 ans, d'une constitution médiocrement forte, ayant depuis plusieurs années des digestions plus ou moins pénibles, éprouvait depuis quinze mois les symptômes de la phthisie pulmonaire, quand elle fut admise à l'hôpital de la Charité, le 3 juin 1823. Elle avait maigri, vomissait presque tout ce qu'elle prenait, était sans appétit, avait des frissons et des sueurs presque continuels depuis quatre mois. Depuis trois seulement, elle était tourmentée par des douleurs, des picotemens à l'épigastre et une diarrhée abondante; elle éprouvait, par intervalles, des étouffemens qui l'obligeaient à se mettre à son séant; les crachats n'étaient épais que depuis quelques semaines; elle n'avait pas discontinué ses occupations. — Le 9 juin, la malade était gaie, son teint un peu jaunâtre, sa maigreur médiocre; elle avait un peu de céphalalgie, et de légères fatigues dans les membres : l'anorexie était presque complète, la digestion lente, l'épigastre très-sensible à la pression, la langue naturelle, la soif médiocre. La malade ne pouvait supporter que les boissons froides; les selles étaient rares depuis quelques jours, le pouls calme, les crachats mousseux, verdâtres, quelques-uns épais; la pectoriloquie évidente. (*Infusion de polygala avec le sirop de gomme, potion gommeuse, julep, trois crêmes de riz, trois bouillons.*) — Les jours suivans, l'appétit revint un peu, mais d'une manière très-variable; la soif augmenta, les selles furent liquides et fréquentes; les autres symptômes ne changèrent point sensiblement. — Du 18 au 20, nausées presque continuelles, anorexie complète, augmentation de la diarrhée. (*Décoction blanche, diascordium, potion gommeuse avec sirop diacode, deux crêmes de riz*). — Du 20 au 24, les nausées cessèrent, l'appétit revint, et à compter de ce dernier jour jusqu'au 20 juillet, la malade fut au quart de portion, n'éprouvant après le repas que peu de pesanteur à l'épigastre, sans nausées. — Le 20 juillet, elle éprouva

tout-à-coup de l'étouffement, eut des vomissemens bilieux, sentit une douleur vive à la partie moyenne de la colonne dorsale, et ces accidens, accompagnés d'anxiété, de toux, qui exaspérait la douleur à l'épigastre, prirent successivement plus d'intensité. — Le 21, tout le côté droit de la poitrine était douloureux et très-sonore, on n'y entendait pas la respiration, la figure était altérée, le pouls et la respiration très-précipités, la langue naturelle. — L'anxiété alla toujours croissant, et la malade mourut le 23 à midi, après les plus cruelles angoisses interrompues par un assoupissement de peu de durée.

L'autopsie fut faite vingt heures après la mort. Le cadavre offrait le deuxième degré de marasme : la substance corticale du cerveau était un peu rosée, le tissu sous-arachnoïdien infiltré ; la trachée-artère et le larynx dans l'état naturel ; le poumon droit déprimé par l'air qui, avec une petite quantité de sérosité trouble, remplissait en grande partie la cavité correspondante de la poitrine : il y avait à son bord postérieur une petite excavation tuberculeuse ouverte dans la cavité des plèvres, et plusieurs autres au sommet des deux poumons ; le cœur était sain ; le foie volumineux, d'une couleur un peu rouge, occupait l'épigastre, et recouvrait l'estomac ; l'œsophage était dans l'état naturel ; l'estomac un peu rétréci, tapissé de glaires épaisses, offrait antérieurement, près du cardia, une plaque blanche et bleuâtre de quatre à cinq pouces de surface, sur laquelle se trouvait une lame très-mince d'une espèce de mucus glaireux qui se continuait avec la muqueuse environnante ; celle-ci était rosée, manifestement épaissie, bourgeonnée à droite, rouge, mince, et ramollie à gauche dans une certaine étendue, et augmentait successivement d'épaisseur et de consistance, à mesure qu'on s'éloignait de la plaque blanche : ailleurs, la membrane muqueuse était d'un rose tendre. Près du pylore, on voyait des bandes d'un pouce de long sur deux ou trois

lignes de large, un peu rugueuses et d'un rouge vif, avec destruction incomplète de la muqueuse. Le duodénum était sain, la membrane muqueuse de l'intestin grêle un peu rouge, d'une épaisseur et d'une consistance naturelles : elle était molle et rouge dans le colon où elle offrait quelques petites ulcérations. Les autres viscères de l'abdomen étaient sains.

Le pneumothorax, qui a causé la mort et arrêté la maladie dans son cours, donne à cette observation un intérêt particulier, en nous permettant de vérifier nos premières observations et d'en faire de nouvelles. Nous retrouvons en effet ici, comme précédemment, la membrane muqueuse ramollie, amincie et décolorée dans une certaine étendue, et l'estomac offrant dans ce point un coup-d'œil blanc bleuâtre; mais à droite la muqueuse a une couleur rose, est manifestement épaissie, d'une bonne consistance; tandis qu'à gauche, tout en ayant à peu-près la même mollesse et la même densité qu'au niveau de la plaque blanche, elle est d'un rouge vif. Croirons-nous que ces trois lésions d'une même membrane, continues l'une à l'autre, soient de nature différente; que l'une soit la suite d'une inflammation chronique, l'autre d'une inflammation aiguë, et que la troisième, celle qui consiste dans l'amincissement avec ramollissement et décoloration de la membrane muqueuse, dépende d'une autre cause? ou bien, croirons-nous que ces lésions d'apparence si différente sont le résultat d'une même maladie, aux diverses époques de son existence? Quoi qu'il en soit de la solution de ces questions, nous observerons que l'appétit, qui avait presqu'entièrement disparu à l'époque des vomissemens, était encore très-faible lors de l'entrée de la malade à l'hôpital; qu'il reparut quelques jours après, quoiqu'à un faible degré; que pendant trois semaines cette malade mangea le quart de portion, sans en éprouver d'autres inconvéniens qu'un peu de pesanteur à l'épi-

gastre après le repas; qu'à cette époque la mort arriva presque subitement par suite d'un pneumothorax; et que, comme, à raison de la rapidité des accidens, il n'est pas présumable que la lésion observée ait été produite à compter de l'époque à laquelle la malade cessa de manger; il faut admettre que le quart de portion était très-passablement digéré, par un estomac dont la structure était profondément altérée; d'où nous concluons que le rétablissement incomplet des fonctions digestives, même pendant un espace de temps considérable, ne doit pas donner beaucoup de sécurité au médecin, quand les digestions ont été dérangées long-temps, et que les symptômes indiqués ont été observés. Ceci confirme encore ce que nous avons dit au sujet de la rémission observée chez la femme qui fait l'objet de la quatrième observation.

VIeme *Obs.* — *Ramollissement et amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac dans la plus grande partie de son étendue, chez une femme atteinte d'un cancer de l'utérus.* — Une femme âgée de 60 ans, vive, intelligente, et ordinairement bien portante, éprouvait depuis 6 mois tous les symptômes qui accompagnent le cancer de l'utérus, quand elle vint à l'hôpital de la Charité le 29 juin 1822; elle avait maigri et perdu la meilleure partie de son appétit depuis cinq mois; la langue était un peu rouge à la pointe, le ventre indolent, à l'épigastre excepté; les selles rares, l'écoulement par la vulve médiocrement abondant, le pouls calme: il y avait un peu de toux depuis quelques jours, (*tisanne d'orge avec le sirop de gomme et le jus de citron, infusion de coquelicot édulcorée, injection narcotique, bain, demi-quart de portion*) — A l'exception d'une petite perte en rouge qui fit suspendre les bains, l'état de la malade fut à peu près le même les jours suivans. Le 8 juillet, bouffées de chaleur à la face, augmentation de la soif, et deux jours après frissons suivis de chaleur et de sueur, douleurs,

étouffemens à l'épigastre. Le 22, mêmes symptômes accompagnés de selles nombreuses et de quelques épreintes. Le 27, céphalalgie, nausées, vomissemens, alternatives de chaleur et de froid. Le 28, langue un peu rouge à la pointe, anorexie complète, pouls à peine accéléré, faiblesse extrême, douleurs vives à l'épigastre ; dans la journée il y eut douze vomissemens de matière bilieuse, et un grand nombre de déjections alvines de même nature, (*décoction blanche avec le sirop de gomme*, *julep*, *bouillons*). Du 29 au 30, même état, et en outre sentiment de chaleur très-prononcé à l'épigastre, (*solution de sirop tartareux*, *lavemens de lin et de pavot avec dix gouttes de laudanum*, bis, *un lait de poule*) — Le 1.er août la faiblesse était extrême, la malade comme anéantie, les facultés intellectuelles dans un parfait état d'intégrité, les vomissemens et la diarrhée continuaient, le pouls était régulier, à peine accéléré. — Le 3, légère diminution dans la violence des symptômes qui persistent les cinq jours suivans. — Le 8, la pression abdominale ne produisait plus de douleurs, et le 11, après 2 jours d'un affaiblissement toujours croissant, c'est-à-dire, un mois après le début des douleurs à l'épigastre et des frissons, la malade expira pour ainsi dire sans agonie et sans délire.

A l'examen du cadavre qui eut lieu seize heures après la mort, on trouva le cerveau sain, deux cuillerées de sérosité à la base du crâne, le cœur et les poumons dans l'état naturel ; le foie un peu volumineux et gras, les reins et la rate en bon état ; l'estomac rétréci et généralement un peu rose à sa face interne ; sa muqueuse d'une consistance et d'une épaisseur à-peu-près naturelles, près du cardia, dans une certaine étendue, avait partout ailleurs la ténuité de la membrane muqueuse du colon, et la consistance d'un mucus étendu en membrane, ou à peu de chose près. La membrane muqueuse de l'intestin grêle était un peu rouge dans le voisinage du cœcum ;

celle du colon était pâle et très-ramollie dans toute son étendue. Le col de l'utérus avait deux pouces et demi de diamètre et était formé d'une espèce de détritus filamenteux dont les mailles contenaient une matière blanche pulpeuse, opaque, comme crêmeuse.

C'est encore après avoir maigri et perdu plus ou moins complètement l'appétit pendant cinq mois, que la malade éprouva des nausées, des vomissemens, des douleurs à l'épigastre, en un mot, tous les symptômes observés jusqu'ici; seulement ils marchent avec plus de violence que dans la plupart des cas, et rapprochent plus particulièrement cette observation de la première, dont elle ne diffère sensiblement que par l'aspect de la muqueuse. Dans les deux cas, il est vrai, on la trouve plus ou moins ramollie et amincie, mais elle est pâle et décolorée dans première, tandis qu'elle est d'un rose tendre dans la seconde. Nous verrons plus tard que cette différence de couleur ne saurait empêcher de reconnaître l'identité de de la lésion, en sorte que nous pouvons, dès à présent, considérer ces deux observations comme parfaitement semblables, sous le double rapport des symptômes et de la nature de la lésion.

VIIeme *Obs.* — *Ramollissement et amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac près du pylore et dans la partie voisine du cardia, chez un sujet atteint de pleurésie et de phthisie.* — Un imprimeur, âgé de 25 ans, d'une constitution assez forte, ayant les épaules larges et les membres bien développés, fut pris de douleurs au côté gauche de la poitrine, avec les autres symptômes d'une pleurésie aiguë le 28 octobre 1822. Il avait fait, 8 jours avant le début de cette maladie, des excès de vin et d'eau-de-vie, répétés trois jours de suite : ces excès avaient été suivis et accompagnés de dégoût, d'anorexie, de mal-aise; des nausées s'y étaient jointes peu de jours après le début de la pleurésie, accompagnées de

pesanteur et d'étouffement à l'épigastre. Le malade fut admis à l'hôpital de la Charité, le 4 novembre; le surlendemain il était dans l'état suivant. Céphalalgie sus-orbitaire, sentiment de faiblesse, langue blanchâtre, bouche pâteuse et amère, nausées en buvant, désir des boissons tièdes, oppression à l'épigastre, constipation, chaleur élevée; pouls à 84; douleur vive à la région précordiale et au rebord des fausses côtes, matité dans toute la poitrine gauche, égophonie en arrière, quelques crachats verdâtres et liquides, (60 *sangsues sur le côté gauche de la poitrine*, *saignée de* 10 *onces le soir*, *tisanne d'orge avec le sirop de gomme*, *potion gommeuse*, *diète absolue*. Les sangsues enlevèrent presque subitement les douleurs; la saignée ne fut suivie que de beaucoup de faiblesse : le lendemain il y eut quelques frissons dans la journée. — Le 8, on appliqua un vésicatoire de cinq pouces sur le côté malade. Jusqu'au 17, peu de changement, le malade se plaignait de temps à autre de douleur à l'épigastre, avait des renvois nombreux et des frissons chaque jour. — Le 17, nausées fréquentes, diarrhée. Le 1.er décembre, langue nette, soif peu considérable, appétit commençant, pouls à 72; respiration à 22 par minute, assez facile, quoique les résultats de la percussion et de l'auscultation fussent à-peu-près les mêmes que le 1.er jour. (*tisanne de chiendent avec le sirop de gomme, potion gommeuse, deux demi crêmes de riz et trois bouillons*). L'appétit se soutint les jours suivans, et on ordonna, outre les crêmes de riz, un œuf frais avec un peu de pain. — Du 15 au 23, anorexie, renvois fréquens sans douleur à l'épigastre, toux rare, pouls peu accéléré. Le malade ne se plaignait que d'une grande faiblesse, et eut pour tout aliment trois demi crêmes de riz dans la journée. Le 25, la langue était assez nette, et l'appétit reparaissait. Le 4 janvier, après avoir rêvé qu'il vomissait du sang, le malade se réveilla avec de

vives douleurs à l'épigastre, des nausées et des vomissemens; et ces symptômes continuèrent sans interruption avec plus ou moins de violence jusqu'au 13. Pendant ces 9 jours, la langue fut large et humide, un peu blanchâtre au centre, la soif vive : il n'y avait pas de douleurs dans les membres, la faiblesse était extrême. Les nausées continuèrent jusqu'à la mort qui arriva le 19, et les douleurs à l'épigastre jusqu'au 18 ; les crachats devinrent plus visqueux, la respiration plus accélérée. Le malade avait continué, depuis le mois de décembre, la tisanne de chiendent miellée et la potion gommeuse.

Lors de l'autopsie, qui fut faite 36 heures après la mort, on trouva le tissu sous-arachnoïdien très-infiltré, le cerveau un peu injecté, les ventricules latéraux dans l'état naturel : le poumon droit presque complètement hépatisé dans toute son étendue : le gauche flasque et privé d'air, parsemé, comme le droit, d'une foule de granulations miliaires, entouré d'une fausse membrane dédoublée en partie, et contenant dans sa duplicature une demi-pinte de sérosité bien claire : six onces du même liquide dans le péricarde : la muqueuse de l'œsophage recouverte d'une fausse membrane pultacée dans toute son étendue. Près du cardia et du pylore, dans une hauteur de deux pouces et demi et dans tout le pourtour de l'estomac, la membrane muqueuse était grisâtre, très-molle et très-mince, de manière qu'il y avait une différence de niveau aussi sensible à l'œil qu'au toucher, entre ces parties et celles qui les environnaient. Entre ces deux portions amincies et ramollies, la membrane muqueuse était d'un rouge assez vif, inégale, mamelonée, ferme, épaisse, couverte de glaires très-visqueuses. La rate était très-molle, les autres viscères sains.

La teinte grisâtre de la partie de la membrane muqueuse ramollie et amincie, sa dépression qui était si sensible, l'absence de glaires à sa surface, tandis qu'elles

étaient si nombreuses ailleurs ; tout rendait la lésion si évidente, qu'elle n'aurait pas échappé à la plus médiocre attention. Son siége autour du cardia et près du pylore où nous ne l'avions pas encore observé, mérite d'être remarqué. Une autre circonstance encore digne de quelque attention, c'est l'aspect inégal, mameloné de la muqueuse dans les parties intermédiaires à la lésion, parce que cet aspect semble, comme nous le verrons, un des résultats de l'inflammation ; que la cause apparente de la maladie paraît avoir été l'une de celles qu'on attribue le plus communément à la gastrite, et que ce double fait peut être de quelque valeur pour apprécier la nature de la lésion dont il s'agit.

Jusqu'ici nous n'avons observé *la destruction complète* de la membrane muqueuse que dans une petite étendue ; l'observation suivante nous la montrera dans les trois quarts de la surface de l'estomac, sans que les symptômes aient été proportionnés à une semblable lésion.

VIII.e *Obs. — Destruction de la membrane muqueuse de l'estomac dans les trois-quarts de son étendue.* — Une femme de chambre, âgée de quarante ans environ, fut reçue à l'hôpital de la Charité, le 5 octobre 1823, et y mourut le surlendemain, sans avoir pu rendre compte de son état. Nous apprîmes, des personnes avec lesquelles elle demeurait, qu'elle avait toujours été très-sobre, qu'elle maigrissait, que son appétit avait diminué, qu'elle ne pouvait supporter que des alimens d'une digestion facile, et en petite quantité, depuis neuf mois ; que depuis un an, elle se plaignait d'une sensation pénible à l'épigastre et qu'elle comparait à une barre ; que cette sensation avait diminué depuis un mois sans que l'appétit en fût meilleur ; que cette femme avait eu quelquefois des nausées sans vomissement, de la constipation, et depuis un mois, un peu de toux ; qu'elle n'avait pas discontinué ses occupations, et ne s'était mise au lit que la veille de son entrée à l'hôpital.

L'ouverture du cadavre fut faite 36 heures après la mort. La maigreur était fort médiocre, le cœur sain et d'un bon volume ; le poumon gauche contenait quelques granulations tuberculeuses à son sommet ; le foie et la rate étaient sains ; l'estomac un peu plus volumineux que dans l'état naturel ; sa surface intérieure dans les trois quarts de son étendue environ, d'un blanc bleuâtre, traversée dans tous les sens par un grand nombre de vaisseaux larges et vides, et dépouillée de membrane muqueuse dans cette partie, où la tunique celluleuse était par conséquent à nu. A la face antérieure, dans une largeur de 3 pouces environ, et près du pylore dans tout son pourtour, la membrane muqueuse existait et s'amincissait vers les bords : le tissu sous-muqueux qui répondait à la portion de la membrane qui avait été détruite était d'une épaisseur et d'une consistance convenables, la tunique musculeuse, mince et *peut-être* plus molle que d'ordinaire ; les intestins distendus par des gaz, leur membrane muqueuse dans l'état naturel.

Soit qu'on ait égard à l'état anatomique des parties, soit que l'on considère les symptômes observés, rien n'est assurément plus digne d'intérêt que cette observation. On conçoit à peine qu'une destruction beaucoup moins étendue de la membrane muqueuse de l'estomac soit compatible avec la vie, et l'on ne peut que s'étonner de l'extrême bénignité des symptômes. Sans doute un médecin attentif appelé près de la malade, dans les derniers jours de sa vie, aurait pu, en considérant la longue durée de la diminution de l'appétit, les nausées, etc., soupçonner une gastrite chronique, qui n'aurait pas encore porté une atteinte irrémédiable aux tissus de l'estomac : mais comment imaginer un désordre aussi étendu et aussi profond chez une femme qui n'avait pas été alitée, qui n'avait maigri que très-médiocrement, qui n'avait pas cessé, un seul jour, de travailler depuis 9 mois! Cependant malgré

la faiblesse des symptômes, le siége du mal était indiqué par la douleur qui existait depuis un an à l'épigastre, l'anorexie et les nausées. Une douleur obtuse, mais fixe à l'épigastre, pendant un temps considérable, jointe à une perte incomplète d'appétit, à des nausées, doivent donc exciter de graves inquiétudes dans l'esprit du médecin, et lui inspirer beaucoup de réserve dans le pronostic. Toutefois, les symptômes ne différaient guères, que par leur bénignité, de ceux que nous avons observés jusqu'ici, et l'on peut croire que cette bénignité était due en partie du moins, à la vie douce et régulière de la malade, à l'absence de toute espèce d'excès pour lesquels elle avait toujours eu de l'éloignement, peut-être aussi à son état de simplicité.

Les deux observations qui suivent, en offrant des exemples de ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'œsophage et de l'estomac, nous montrent une lésion analogue dans les tissus correspondans.

IXeme *Obs.* — *Ramollissement, amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac et de l'œsophage, avec altération correspondante des tissus sous-jacens, chez un phthisique.* — Un horloger de 19 ans et demi, d'une constitution délicate, ayant les cheveux roux, la peau blanche, une sensibilité très-vive, et un caractère décidé, vint à l'Hôpital de la Charité le 29 octobre 1823. Il toussait et crachait depuis 4 mois, avait eu tous les jours, pendant le mois de septembre et vers le soir, des frissons, qui n'avaient pas reparu ensuite; l'appétit avait été bon, la digestion facile jusqu'à la mi-octobre, à moins que le malade ne dépassât une demi-livre de pain, auquel cas il avait de la pesanteur à l'épigastre: depuis, l'anorexie était complète, il avait des nausées ordinairement provoquées par la toux, et une céphalalgie assez forte; la veille de son entrée la faiblesse était devenue si

considérable qu'il s'était laissé tomber au milieu de la rue. — Le 30 octobre au matin, céphalalgie intense, intégrité des facultés intellectuelles, mémoire sûre, expression de la physionomie naturelle, langue large, humide, nette, soif vive, anorexie complète, épigastre indolent; pouls accéléré, petit et faible : pectoriloquie évidente au sommet du poumon gauche, crachats verdâtres, selles peu nombreuses et liquides, (*décoction de riz avec le sirop de gomme, potion gommeuse, trois crêmes de riz, œuf.*) — Le 2 novembre, abattement, réponses tardives, et seulement par oui et par non; il y avait eu un peu de délire pendant la nuit.—Le 3 au matin, le délire avait cessé, mais on pouvait à peine arracher une réponse au malade qui, à force de sollicitations, finissait par accuser une douleur obtuse à la tête; il ne pouvait s'aider en rien, tant la faiblesse était grande; il fut toute la journée dans un assoupissement profond. Le lendemain les membres étaient contractés spasmodiquement, les pupilles dilatées, la perte de connaissance complète, la figure égarée, la respiration plaintive; on prescrivit des sangsues aux oreilles, etc., et le soir à 8 heures le malade mourut.

L'examen du cadavre fut fait trente-six heures après la mort. On trouva tout l'hémisphère gauche du cerveau et celui du cervelet, beaucoup moins consistans que ceux du côté droit, la voûte à trois piliers ramollie et comme pultacée en certains points; la membrane séreuse du ventricule gauche épaissie; deux cuillerées de sérosité dans ce ventricule, et un peu moins dans celui du côté opposé; la trachée-artère rouge; quelques excavations tuberculeuses dans le poumon gauche; le cœur un peu volumineux; le pancréas, le foie, la rate et les reins dans l'état naturel; la membrane muqueuse de l'œsophage extrêmement mince et ramollie inférieurement, où elle offrait des bandes bleuâtres ou brunâtres, séparées par des espaces très-étroits au niveau desquels la muqueuse

conservait la couleur, la consistance et l'épaisseur qui lui sont naturelles; les parois de l'œsophage qui correspondaient à la lésion étaient très-minces et faciles à déchirer. L'estomac contenait une petite quantité de liquide, et dans tout le pourtour de sa moitié supérieure, la petite courbure exceptée, la membrane muqueuse était pâle, excessivement mince et ramollie, comme glaireuse, quelquefois grisâtre, demi-transparente, de manière à donner à cette partie un coup-d'œil bleuâtre. Les tissus sous-jacens étaient ramollis et se laissaient déchirer beaucoup plus facilement que dans l'état naturel; le reste de la membrane était un peu inégal et mamelonné.

Sans nous appesantir sur la propagation du ramollissement de la membrane muqueuse de l'œsophage à ses autres tissus, nous remarquerons que ce ramollissement est le plus latent de ceux que nous avons observés; que c'est le seul cas où les douleurs à l'épigastre aient manqué; que rien n'a été négligé pour s'assurer de l'existence de ce symptôme, et que son absence est d'autant plus remarquable, que le sujet était d'une sensibilité très-développée. Peut-être voudra-t-on expliquer le fait, en disant qu'à l'époque de son entrée à l'hôpital, le malade était sous l'influence d'un ramollissement commençant du cerveau, que ses sensations devaient être obtuses; mais l'intégrité de l'intelligence, et en particulier de la mémoire, repousse cette explication; en sorte qu'il faut se borner à l'observation du fait, sans chercher à l'expliquer davantage qu'on n'explique un ramollissement latent du cerveau, ou une péripneumonie du même caractère.

Xme Obs. — *Ramollissement et destruction de la membrane muqueuse de l'œsophage et de l'estomac dans une certaine étendue, avec ramollissement des tissus subjacens à la portion de la muqueuse détruite.* — Un tisserand âgé de 17 ans, bien développé, d'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatique et sanguin, était

malade depuis trois mois, quand il fut admis à l'hôpital de la Charité, le 14 avril 1823. La maladie avait débuté par un frisson et un tremblement violens, des nausées, un peu de soif, et une légère diminution d'appétit, auxquels s'était jointe, quelques jours après, de la douleur à l'épigastre. Les frissons, mêlés de chaleur, étaient revenus journellement plusieurs fois, jusqu'à l'époque à laquelle le malade se mit au lit, c'est-à-dire, six jours avant d'entrer à l'hôpital. L'appétit avait diminué successivement; les nausées avaient été plus fréquentes après qu'avant le repas, et les douleurs à-peu-près les mêmes dans l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac. Depuis quinze jours, le malade avait cessé de travailler; l'anorexie était complète, et aux symptômes précédens s'étaient ajoutés une soif très-vive, une céphalalgie intense, des douleurs dans les membres et une faiblesse considérable; les selles avaient toujours été rares, et la chaleur assez forte pendant la nuit. — Le 15 avril, céphalalgie intense, physionomie naturelle, intégrité des sens et des facultés intellectuelles; langue blanchâtre et pointillée de rouge; bouche pâteuse et amère, empoisonnée, selon l'expression du malade; soif médiocre, anorexie complète; pulsation incommode, douleur obtuse à l'épigastre, et le malade, qui avait toujours mangé plus ou moins, éprouvait peu d'étouffemens après le repas. La toux, qui avait précédé de deux semaines le début des symptômes gastriques, était assez rare; les crachats peu abondans, la respiration très-médiocrement accélérée, le pouls calme, à 61; les formes bien conservées, la couleur de la peau naturelle, l'amaigrissement très-peu considérable. L'état général du malade semblait si rassurant, que nous pensions que quelques jours de repos, la diète et les boissons délayantes, suffiraient pour le rétablir complètement. On prescrivit une solution d'oxymel simple, un lavement émollient, deux crêmes de riz et cinq bouil-

lons. — Le 16, vomissemens de matières amères. — Le 17, langue sale, nausées, sentiment de faiblesse considérable, augmentation de la céphalalgie. On ajouta aux moyens précédens deux grains d'émétique dans une pinte d'eau. Les vomissemens furent nombreux, et le lendemain il n'y avait plus de nausées ; l'appétit avait reparu, quoiqu'à un faible degré ; la bouche était mauvaise, et la faiblesse comme la veille ; le pouls battait 68 fois par minute ; la chaleur était douce, et la figure naturelle. — Le 19, pouls large et plein ; délire dans la soirée. — Le 20, paralysie complète du côté droit, mouvemens spasmodiques du côté gauche, perte de connaissance. (*Saignée de seize onces ; trente sangsues aux oreilles ; synapismes aux membres inférieurs ; glace sur la tête ; lavement purgatif.* — Le 21, augmentation des mouvemens spasmodiques ; paralysie à droite comme la veille ; mort le soir à quatre heures.

L'autopsie fut faite quarante heures après la mort. On trouva une cuillerée de sérosité dans le ventricule gauche, presque le double dans celui du côté droit, et la même quantité à la base du crâne : beaucoup de granulations tuberculeuses dans les poumons et sur les plèvres ; le cœur sain. Dans l'œsophage, immédiatement au-dessus du cardia, la membrane muqueuse était détruite dans une surface circulaire d'un pouce de diamètre, et les membranes cellulaires, musculaires et péritonéales si ramollies dans le même point, qu'une faible traction suffit pour le transformer en un trou de même étendue. Immédiatement au-dessous, dans l'estomac qui était fort rétréci, et à droite du cardia, il y avait un trou pareil à celui que nous avions fait nous-mêmes aux parois de l'œsophage, et qui, à raison du défaut d'épanchement dans la cavité de l'abdomen, ne pouvait être attribué qu'à quelques-uns des tiraillemens exercés en enlevant l'estomac, dont les parois étaient très-certainement ramollies, ou en partie détruites dans ce point. Dans le reste de son étendue, la

membrane muqueuse mince et molle, était parsemée, jusqu'à trois pouces du pylore, de marbrures d'un blanc bleuâtre, de deux à trois lignes de large, sur un pareil nombre de pouces de longueur. Au niveau de ces marbrures, elle était transformée en une sorte de mucus glaireux, demi-transparent, d'une mollesse extrême, et manquait dans plusieurs endroits. Il y avait quelques ulcères dans l'intestin grêle et dans le colon, dont la membrane muqueuse était ramollie et roussâtre dans plusieurs points; le reste des viscères de l'abdomen sain.

Quoique la maladie ait débuté d'une manière brusque, et que sa marche n'ait pas été très-chronique, on trouve néanmoins beaucoup d'analogie entre cette observation et l'avant-dernière, sous le rapport de la bénignité des symptômes et de la difficulté du diagnostic. Nous avons déjà dit dans quelle erreur nous étions relativement à la nature de la maladie, et il nous serait difficile aujourd'hui même de nous en garantir, tant on est peu porté à soupçonner une maladie grave chez un sujet dont les digestions n'ont été que faiblement dérangées depuis quelque temps, qui a conservé la meilleure partie de ses forces et de son embonpoint, chez lequel les organes circulatoires paraissent dans un état convenable, et dont la respiration n'est que médiocrement gênée. A part leur faiblesse, les symptômes ne présentaient rien de remarquable : mais nous observerons que le dernier de nos malades et celui-ci sont les seuls qui soient évidemment morts par le cerveau, et chez lesquels la lésion qui nous occupe ait pénétré profondément. Nous ne tirons de ce fait aucune conséquence; nous dirons seulement que dans plusieurs cas de perforation de l'estomac, la mort paraît avoir lieu de la même manière : c'est ainsi que nous avons rencontré, il y a peu de temps, une perforation presque complète de ce viscère, chez un sujet dont on n'avait ouvert

que le cerveau, sans doute parce qu'on croyait y trouver la cause de la mort.

La réunion dans le même organe du ramollissement avec amincissement de la muqueuse, de sa destruction, et du ramollissement des tissus sous-jacens, indique sans doute la marche de la nature, dans la plupart des cas de la perforation de l'estomac. C'est d'abord la membrane muqueuse qui est ramollie et amincie, puis enfin détruite, après quoi les mêmes lésions atteignent successivement ou simultanément les tissus placés au-dessous. La description de l'estomac trouvé sur le cadavre dont nous avons déjà parlé, rendra la chose encore plus évidente.

Le cadavre était celui d'un homme de 40 ans; le cœur et les poumons étaient dans l'état naturel; l'estomac d'un volume ordinaire, la couleur de la membrane muqueuse d'un gris verdâtre, excepté dans le grand cul-de-sac où elle était un peu rouge: partout, excepté dans cette dernière partie, elle était inégale, comme bourgeonnée. A gauche du cardia, dans un espace circulaire d'un pouce et demi de diamètre, les membranes de l'estomac, à l'exception du péritoine, étaient détruites. Le pourtour de cette perforation incomplète était mince, doux au toucher, noirâtre, et l'espèce de poche fermée par la tunique péritonéale contenait une certaine quantité d'un mucus brunâtre: les nerfs pneumogastriques flottaient dans cette cavité. Près d'elle la membrane muqueuse était détruite dans un espace circulaire de vingt lignes de diamètre, tandis que les tissus sous-jacens étaient sains. Outre ces lésions principales, on voyait encore dans le grand cul-de-sac des espèces de bandes blanchâtres et bleuâtres, semblables à celles que nous avons déjà décrites, s'avançant jusqu'à la face antérieure de l'estomac: la membrane muqueuse qui leur correspondait dans le grand cul-de-sac, était extrêmement molle et mince; elle prenait une

certaine consistance en s'éloignant de ce premier point, sans recouvrer son épaisseur.

On voit, comme nous l'avons dit tout à l'heure, que les divers degrés de la lésion de la membrane muqueuse sont encore mieux marqués ici que dans le cas précédent. Il y a, dans un cercle d'un pouce et demi de diamètre, destruction de la membrane muqueuse et des tissus sous-jacens; à côté, destruction de la membrane muqueuse seulement; plus loin ramollissement et amincissement de cette membrane, et encore au-delà amincissement marqué et ramollissement commençant; or : si ce dernier point était, comme tout porte à le croire, le plus récemment affecté, il semblerait que dans certains cas l'amincissement commence et que le ramollissement ne vient qu'à sa suite. Cette hypothèse semblerait en quelque sorte confirmée par l'observation suivante, dans laquelle nous voyons la membrane muqueuse plus amincie que ramollie.

II.e Obs. — Ramollissement et amincissement commençant de la membrane muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac. — Une marchande de fruits, âgée de 53 ans, très-corpulente, fut admise à l'hôpital de la Charité, le 19 octobre 1823; elle avait depuis seize ans une toux sèche habituelle, la respiration courte, et des maux de tête très-fréquens; depuis six mois elle vivait dans la misère; elle accusait huit jours de maladie seulement. Dans les deux semaines qui avaient précédé, elle avait incomplètement perdu l'appétit. Au début, à la suite d'un refroidissement subit, douleur à l'épigastre et dans tout le corps. Cette douleur continua les jours suivans, accompagnée de chaleur, d'anorexie, de soif et de maux de tête violens.

Le 10 octobre, figure chaude et animée, céphalalgie intense, douleur contusive dans les membres; langue humide, roussâtre et villeuse au centre, soif vive, épigastre

douloureux, selles rares, urine rouge et quelquefois difficile; pouls irrégulier, sans largeur ni dureté, à 80; chaleur un peu élevée; respiration accélérée, toux fréquente, crachats muqueux, râle sec et sonore dans toute l'étendue de la poitrine. (*Saignée de huit onces, limonade végétale, lavement de lin, bis*). — Même état le lendemain. — Le 12, langue blanchâtre, bouche comme empoisonnée, douleur à l'épigastre, nausées. On prescrivit deux grains d'émétique avec une demi-once de sulfate de soude, dans une pinte d'eau, l'infusion de violette oxymellée, une potion gommeuse et la diète absolue. — Les évacuations ayant suivi de près la première tasse de la mixture saline, la malade n'en prit que deux, et eut huit vomissemens et autant de selles. — Le lendemain, augmentation peu considérable des douleurs à l'épigastre, soif vive, pouls à *peine accéléré*, chaleur douce et halitueuse. (*Tisane de chiendent oxymellée, potion gommeuse, lavement de pariétaire, cinq bouillons*). — Les douleurs épigastriques diminuèrent un peu les jours suivans, et les lavemens ne pouvant surmonter la constipation, on administra à la malade de l'huile de ricin à deux reprises: à la seconde, la langue se nettoya, l'appétit revint, quoiqu'à un faible degré; la malade mangeait un peu de vermicelle avec plaisir sans augmentation de ses douleurs d'estomac; le pouls était tombé à 68. — Le 26, douleur vive à l'épigastre, encore augmentée le lendemain au moment où la malade prenait un bain; bientôt il s'y joignit des vomissemens de bile sans soulagement des douleurs qui s'exaspéraient sitôt que la malade buvait. — Le 28, outre les symptômes précédens, il y eut beaucoup d'anxiété, de mal-aise; les mouvemens étaient libres, l'intelligence parfaite, le pouls battait 80 fois par minute; on répéta la mixture saline du 13. Elle fut suivie de vomissemens nombreux, sans évacuations alvines; les douleurs à l'épigastre furent plutôt augmentées que diminuées. — Le lendemain, on prescrivit une nou-

velle dose d'huile de ricin, la solution d'oxymel simple, celle de sirop de gomme et une potion gommeuse. Le pouls était serré, à 104. Il y eut trois selles dans la journée et quelques vomissemens de bile pendant la nuit. — Le 30, le pouls redescendit à 90 par minute, la chaleur restait assez considérable, et le lendemain on fit appliquer douze sangsues à l'épigastre qui n'eurent d'autre effet que de diminuer un peu la céphalalgie. Les douleurs épigastriques continuèrent, et si vives que la malade craignait de boire pour ne pas les augmenter. — Du 4 au 25 novembre, elle prit des bains tous les jours ou tous les deux jours selon l'état des forces; les vomissemens suspendus les six premiers jours, reparurent ensuite. Les douleurs épigastriques diminuaient momentanément dans le bain. La langue était quelquefois sèche, plus ordinairement humide et blanchâtre, la soif vive, l'anorexie incomplète; la malade prenait du vermicelle avec plaisir, elle se plaignait peu, parlait peu, était rarement assoupie; le soir, la chaleur était forte. — Le 25, dégoût profond; toutes les boissons paraissaient également insupportables à la malade, qui disait que *tout son mal était dans l'épigastre*; elle vomissait plusieurs fois le jour, et on ajouta aux moyens précédens l'eau de Seltz. Pendant les six premiers jours de son administration, il n'y eut que des nausées sans vomissement; la malade se trouvait soulagée de ses douleurs dès qu'elle en prenait; mais ce terme passé, les vomissemens de bile reparurent et continuèrent jusqu'à la mort, à quatre ou cinq jours près; les douleurs à l'épigastre furent plus ou moins vives; un vésicatoire placé sur cette région, ne produisit aucune amélioration; les forces diminuèrent, la soif étant toujours considérable; enfin, le 22, il y avait une résolution presque complète des membres, la sensibilité était obtuse; la malade, dont la vessie était remplie d'urine et formait une tumeur considérable au-dessus du pubis, ne sentait pas le besoin d'uri-

ner ; et ces symptômes augmentant encore chaque jour, la mort arriva le 26 au soir.

L'autopsie fut faite trente-six heures après la mort. Le tissu cellulaire graisseux avait de cinq à six lignes d'épaisseur aux parois de l'abdomen. On trouva deux cuillerées à café environ de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, à sa partie supérieure; un peu plus d'une cuillerée à soupe dans chacun des ventricules latéraux; le cœur mou et sain; les poumons crépitans, affaissés, sans traces de tubercules; les bronches un peu roses; le foie d'un volume ordinaire, fauve, piqué de rouge, facile à déchirer, gras; la vésicule biliaire distendue par un liquide épais, trouble, brunâtre, contenant deux petits calculs, présentant à son extrémité libre une espèce de chevelu brunâtre d'un pouce de long, adhérant à la membrane muqueuse non sensiblement altérée dans ce point; l'estomac un peu plus volumineux que dans l'état sain, offrant à l'intérieur deux aspects différens dans le grand cul-de-sac, et dans le reste de son étendue. La membrane muqueuse était ramollie, demi-transparente, d'un jaune clair dans le premier point, avait moitié moins d'épaisseur que la membrane avec laquelle elle se continuait immédiatement et quelquefois beaucoup moins. Dans le second, elle était plus ou moins grisâtre, inégale, mamelonnée, offrait huit à dix ulcérations superficielles, sans ramollissement de la partie qui en faisait le fond. La membrane muqueuse de l'intestin grêle était pâle, un peu ulcérée dans sa dernière partie; le colon extrêmement distendu par des matières fécales pultacées ou dures; sa muqueuse très-ramollie et offrant par places de légères ulcérations.

La médiocrité de la lésion comparée à l'intensité des symptômes pourrait porter à croire qu'ils sont dus en partie aux ulcérations imparfaites de la muqueuse; mais outre que nous avons observé bien des fois ce genre de lésion sans accidens remarquables, il nous semble que la

disproportion est beaucoup moins grande ici que dans le huitième cas, où il ne peut y avoir de doute sur la lésion à laquelle il faut rapporter les symptômes : ajoutez qu'il doit paraître moins surprenant de voir une lésion légère en apparence donner lieu à des accidens graves, qu'une altération profonde donner à peine quelques signes de son existence, comme cela est arrivé dans l'observation qui vient d'être rappelée. D'ailleurs, on ne saurait douter que l'épanchement de sérosité dans les ventricules du cerveau n'ait hâté la mort du sujet.

L'observation suivante sera un nouvel exemple de la disproportion qui existe quelquefois entre la gravité des lésions et celle des symptômes.

XII.[e] *Obs. — Ramollissement, amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac chez une femme atteinte de cancer de l'utérus.*— Une blanchisseuse, âgée de 32 ans, grasse et habituellement bien portante, éprouvait depuis quatre mois les symptômes d'un cancer à l'utérus, pour lequel elle fut admise à l'hôpital de la Charité, le 5 septembre 1823. Elle avait beaucoup maigri depuis trois semaines, sans cesser néanmoins de manger avec appétit, et à-peu-près autant qu'en bonne santé; ses digestions n'avaient point été dérangées. A la visite du 6, la figure avait la pâleur qu'elle présente communément après les grandes pertes de sang, quoique la malade n'en eût perdu que fort peu; elle avait du mal-aise, quelques élancemens dans les membres inférieurs, et de légères douleurs à l'hypogastre par la pression : la matière de l'écoulement était plus ou moins sanguinolente et fétide; la langue humide et un peu rouge à la pointe, l'appétit bon, la digestion assez facile, l'épigastre indolent, les selles régulières; la respiration et la circulation dans l'état naturel; la faiblesse médiocre. (*Infusion de coquelicot, injection narcotique, julep, un quart de portion.*) — Du 25 septembre au 8 octobre, les douleurs dans les cuisses augmentèrent et ne

permirent plus le sommeil; les pertes de sang furent plus abondantes, il y avait quelquefois des lipothymies incomplètes; la malade perdit l'appétit, éprouva une sensation pénible, un embarras continuel à l'épigastre; le pouls devint petit, faible, accéléré; il n'y eut ni toux ni céphalalgie, la faiblesse fut chaque jour plus considérable. (*Décoction d'orge avec le sirop de gomme, julep, cinq bouillons.*) — Le 18, l'insomnie continuant, on ajouta au julep un demi grain d'opium le soir. — Du 20 au 26, il y eut des nausées auxquelles on opposa une infusion de fleurs de tilleul et de l'eau de Seltz, qui fut vomie; la bouche était pâteuse, la langue un peu rouge orange, l'anorexie complète; il y avait un peu de diarrhée. — Les deux jours suivans, augmentation du nombre des selles; la soupe n'excitait pas de nausées. — Jusqu'au 7 novembre, jour de la mort, la faiblesse et la diarrhée firent de continuels progrès, l'anorexie fut complète, accompagnée de dégoût, et après une agonie de vingt-quatre heures, la malade expira.

A l'ouverture du cadavre, qui fut faite vingt-trois heures après la mort, on trouva les membres inférieurs infiltrés, une cuillerée de sérosité dans les ventricules latéraux du cerveau; le larynx et la trachée parfaitement sains; les poumons parsemés d'un grand nombre de granulations tuberculeuses à leur sommet où il y avait une petite cavité vide: la base du poumon gauche, dans la hauteur de deux pouces, convertie en un tissu rougeâtre, grenu, hépatisé, extrêmement friable: le foie, la rate, le pancréas et les reins en bon état; le col de l'utérus en partie détruit; le corps de la dernière vertèbre lombaire, au-devant de laquelle s'étaient développés de larges tumeurs cancéreuses, transformé en grande partie en une matière blanche, molle et opaque; l'œsophage sain; l'estomac un peu distendu par un fluide rougeâtre et par des gaz; toute sa surface intérieure pâle et avec quelques ver-

getures d'un rose très-tendre dans le grand cul-de-sac; la membrane muqueuse, dans sa moitié supérieure, à l'exception de la petite courbure, amincie, ramollie, d'une consistance glaireuse, manquant même entièrement dans quelques points : huit à dix ulcérations superficielles dans le reste de cette membrane, dont la couleur et la consistance n'étaient point altérées à leur niveau; la muqueuse de l'intestin grêle et du colon ramollie et épaissie dans toute son étendue, un peu rougeâtre dans le cœcum et dans le colon descendant.

Malgré le peu d'intensité des symptômes, nous retrouvons encore dans ce cas l'anorexie et les nausées; mais la douleur à l'épigastre n'est qu'un embarras continuel dans cette partie. Les symptômes observés n'ont paru qu'un mois avant la mort, sans être précédés de dérangement dans les digestions; la maladie est presque latente. On peut, jusqu'à un certain point, d'ailleurs, se rendre compte de cette obscurité des symptômes, par le peu de sensibilité de la malade et le défaut de réaction que l'absence de toux et de douleurs dans l'utérus prouve suffisamment.

Les réflexions que nous avons faites jusqu'ici nous dispenseront d'entrer dans beaucoup de détails dans l'exposition générale des faits, que nous allons commencer par la description de la membrane muqueuse de l'estomac.

État de la membrane muqueuse de l'estomac. — Les dimensions de l'estomac étaient variables; rétréci chez plusieurs sujets (Observations III, V, VI et X), il était volumineux chez d'autres (Observations I, II, IV, VIII, XI et XII), et avait rarement la capacité qui lui paraît naturelle.

A l'extérieur, il n'offrait rien de remarquable; à l'intérieur, il présentait, dans une partie variable de sa surface, une couleur d'un blanc pâle, ordinairement bleuâtre, continue, ou disposée par bandes longues et étroites, ou même par plaques plus ou moins rapprochées, irrégu-

lièrement arrondies (Observ. I, II, III, IX et X). Ce coup-d'œil bleuâtre frappait au premier abord, et les parties qui en étaient le siége se faisaient encore remarquer par une différence de niveau avec les parties environnantes, aussi sensible au toucher qu'à la vue (Obs. I, VII, etc.) Mais ; tandis que dans le cas d'ulcération de la muqueuse les bords de l'ulcère sont coupés net et perpendiculairement, on n'observait ici qu'un affaissement très-marqué au point de contact de la portion de la muqueuse, qui offrait l'aspect en question, et de celle qui l'environnait. La membrane muqueuse, dans les points correspondans à la lésion, était pâle, d'une tenuité et d'une mollesse extrêmes, transformée en une espèce de mucus glaireux, pâle, demi-transparent, de l'épaisseur de la membrane muqueuse du colon, quelquefois moins ; ensorte que si on y eût apporté la plus grande attention, on aurait pu croire, dans beaucoup de cas, la membrane muqueuse entièrement détruite, et la tunique cellulaire tout-à-fait à nu. Souvent, à la vérité, cette destruction existait dans une petite étendue (Obs. I, II et X), plus rarement dans un espace considérable (Obs. VIII). Les vaisseaux qui rampent à la surface du tissu sous-muqueux étaient très-apparens, larges et vides. Quand il y avait des glaires dans l'estomac, on n'en rencontrait ni dans la partie où la muqueuse avait été détruite, ni là où elle avait subi la transformation indiquée.

Au lieu de la teinte blanchâtre et bleuâtre dont nous venons de parler, la membrane muqueuse ramollie et amincie était quelquefois d'un blanc pâle et opaque (Obs. III), rose (Obs. VI), ou même grise (Obs. VII); quelquefois encore la couleur blanchâtre ou bleuâtre se trouvait mêlée de taches rougeâtres ou noirâtres (Obs. IX), ce qui semblait indiquer que la couleur n'était pas un des caractères essentiels de la lésion (1).

(1) La couleur de la membrane muqueuse de l'estomac est si variable,

Quand cette lésion se présentait sous forme de bandes larges et étroites, elle était presque également répartie sur toute la surface de l'estomac; quand, au contraire,

---

que nous ne croyons pas qu'on puisse y attacher beaucoup de valeur quand elle n'est pas accompagnée de quelqu'autre modification. Il n'en est pas de même de l'épaisseur et de la fermeté de cette membrane. Elles varient peu, croissent ou décroissent dans les différentes régions de l'estomac, suivant des lois à-peu-près fixes; de manière que quand elles s'éloignent beaucoup de leur état naturel, on peut affirmer qu'il y a lésion dans le point où la différence existe. Cette assertion ressortira tout naturellement des résultats obtenus de l'examen de trente-deux estomacs pris sur des sujets morts de différentes maladies.

Sur vingt-neuf de ces estomacs, la fermeté de la membrane muqueuse allait en décroissant de la petite à la grande courbure; elle était moindre encore dans le grand cul-de-sac. Quand, après en avoir soulevé un petit morceau avec le scalpel, on la saisissait ensuite avec l'extrémité des doigts pour l'enlever, on obtenait, le long de la petite courbure, des lambeaux d'un à deux pouces et plus de longueur; d'un demi-pouce à deux tiers de pouce ou un pouce, sur la grande courbure, et d'une à trois ou quatre lignes environ, dans le grand cul-de-sac. La fermeté était généralement moindre, mais décroissait de la manière indiquée, quand la membrane muqueuse était mamelonnée à sa surface. D'où il résulte qu'on peut considérer le décroissement de densité de la petite à la grande courbure et au grand cul-de-sac de l'estomac, comme une loi, et que d'après cette loi, quand on ne pourra former sur la grande et la petite courbure, des lambeaux de la manière indiquée, mais seulement en soulevant la muqueuse avec le scalpel, on devra conclure qu'il y a lésion de la membrane; à plus forte raison quand sa consistance ne sera pas supérieure à celle d'un mucus visqueux.

L'uniformité d'épaisseur ne nous a pas semblé moins générale. Sur vingt-huit des estomacs dont il s'agit, nous l'avons vue décroître de la grande à la petite courbure, moindre encore dans le grand cul-de-sac; et ce rapport n'a manqué que dans les cas où il y avait ramollissement partiel; ou bien encore quand la membrane muqueuse offrait dans une certaine étendue l'aspect mamelonné que nous décrirons bientôt. Quelquefois au milieu d'une région de l'estomac, dont la muqueuse avait généralement une épaisseur convenable et uniforme, nous avons trouvé des points amincis sans ramollissement manifeste, comme formés par des impressions digitales, et d'après ce qui a été dit à la suite de la Xme observation, nous devons considérer ces amincissemens partiels comme une lésion. — Nous avons estimé en millimètres l'épaisseur de la muqueuse, et sur dix-sept estomacs dans lesquels nous trouvâmes cette membrane unie et peu ou

elle était continue à elle-même, elle occupait la grosse extrémité du ventricule, était rarement bornée au grand cul-de-sac (Obs. V et XI), et existait quelquefois en même temps près du pylore et du cardia (Obs. VII).

A deux exceptions près (Obs. IX et X), la tunique sous-muqueuse était saine et d'une fermeté convenable; nous l'avons cru plus dense que d'ordinaire dans certains cas, mais la différence ne nous a pas semblé assez évidente pour affirmer rien de positif à cet égard. La membrane musculeuse était ramollie dans les mêmes circonstances que la sous-muqueuse.

L'amincissement avec ramollissement léger, l'amincissement avec ramollissement considérable de la membrane muqueuse, sa destruction, celle de tous les tissus de l'estomac, dans une certaine étendue, à l'exception de la tunique péritonéale, se rencontraient quelquefois chez le même sujet, et offraient ainsi, comme nous l'avons déjà

---

point colorée, elle était de trois quarts de millimètre à un millimètre, le long de la grande courbure : d'un tiers à trois quarts de millimètre le long de la petite; d'un quart à trois cinquièmes seulement dans le grand cul-de-sac. L'épaisseur était un peu plus considérable dans cinq cas où la membrane muqueuse était mamelonnée. Nous l'avons trouvée d'un millimètre et demi au moins le long de la grande courbure, chez un sujet dont l'estomac, très-distendu, présentait à l'intérieur cet aspect mamelonné d'une manière très-tranchée. Or, si une grande différence dans la consistance ou dans l'épaisseur qui paraissent naturelles à la muqueuse gastrique, indique une lésion, cette lésion sera bien plus incontestable encore quand la différence portera sur ces deux choses à-la-fois. D'où il suit qu'un des objets les plus importans à noter dans les autopsies, est le degré d'épaisseur ou de consistance absolu et relatif de la membrane muqueuse de l'estomac. — Nous ajouterons à tout ceci, que l'épaisseur de cette membrane est quelquefois beaucoup moindre que celle que nous avons indiquée, quoique d'ailleurs elle paraisse saine; ainsi nous l'avons trouvée d'un tiers de millimètre seulement, sur quatre des trente-deux estomacs en question; et en raison de ce peu d'épaisseur, nous n'avons pu en estimer le degré de décroissement qui paraissait néanmoins exister suivant l'ordre indiqué.

remarqué, le tableau de la marche de la nature dans les perforations de l'estomac (Obs. X).

Outre la lésion que nous venons de décrire, la membrane muqueuse de l'estomac offrait encore dans le reste de son étendue des particularités qu'il importe de faire connaître; ainsi, nous l'avons trouvée dans quatre cas (Obs. I, II, V, VII), d'un rose tendre ou plus ou moins vif, un peu grisâtre dans deux autres (Obs. III et XI). Quelquefois cette couleur rouge était extrêmement vive au voisinage de la muqueuse, décolorée, ramollie, amincie; et la partie de la membrane où on l'observait était mince et presque aussi molle que la portion si profondément altérée, avec laquelle elle se continuait (Obs. V). Dans plusieurs cas, la muqueuse était inégale, mamelonnée ou bourgeonnée à sa surface (Obs. II, VII, IX et XI), ou bien encore on y voyait des ulcérations plus ou moins profondes (Obs. V, XI, XII).

Quand on observait dans l'œsophage le ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse, il en occupait la partie inférieure, offrait la réunion des caractères indiqués; et toute son épaisseur était plus ou moins profondément altérée.

Quoiqu'il n'y eût probablement que peu ou point de rapports entre l'état de l'estomac et celui des autres organes, nous jetterons néanmoins un coup-d'œil sur ces derniers.

Dans le colon, la membrane muqueuse était ordinairement pâle, quelquefois d'un rose plus ou moins vif dans une certaine étendue, ramollie dans tous les cas où cette couleur a été observée; ulcérée dans plusieurs autres; elle était ulcérée dans la dernière portion d'intestin grêle sur presque tous les sujets; intacte chez trois seulement.

Entre autres lésions remarquables, nous avons observé le passage du foie à l'état gras (Obs. II, VI et XI).

La phthisie était l'affection principale de quatre de nos

malades (Obs. II, IV, V et IX); elle était encore à son premier degrés chez quatre autres (Obs. III, VII, X et XII); trois seulement n'offraient pas de traces de tubercules : il n'y en avait que quelques-uns au sommet du poumon de la femme qui fait le sujet de la VIII.e Observ.

Dans les deux cas où la mort a suivi de près le développement de phénomènes cérébraux très-intenses, on a trouvé à l'ouverture du corps un ramollissement du cerveau, ou seulement un épanchement assez considérable de sérosité dans les ventricules latéraux (Obs. IX et X). Dans un troisième, où les symptômes encéphaliques ont été fort légers, on a aussi trouvé une assez grande quantité de sérosité dans les mêmes ventricules. Dans les autres cas on a encore constaté la présence d'une certaine quantité de fluide séreux, soit dans la cavité de l'arachnoïde, soit dans les ventricules, sans qu'aucun symptôme ait annoncé sa présence.

Il résulte donc de l'examen anatomique que nous venons de faire, que le ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac n'a été dans aucun cas exempt de toute complication. Comme néanmoins, ces complications se réduisent à fort peu de chose dans plusieurs cas (Obs. I, VIII, X, XI), on pourrait les considérer comme simples, en faire un tableau à part, puis le comparer à celui des observations les plus compliquées, et dans lesquelles l'affection de l'estomac est la maladie accessoire : mais, comme les symptômes gastriques observés dans ces deux ordres de cas n'ont pas offert de différences sensibles, nous croyons devoir les réunir dans une seule et même description.

Symptômes. — Au moment où les accidens que nous allons décrire se manifestaient, les fonctions digestives étaient déjà plus ou moins altérées chez une bonne partie de nos malades (Obs. I, II, III, IV, V, VI); chez les uns, la digestion était difficile depuis un grand nombre d'an-

nées (Obs. V); chez d'autres, elle l'était depuis quatre à cinq ans, et la diminution de l'embonpoint et de l'appétit datait de la même époque (Obs. III et IV). Dans un quatrième cas (Obs. II), le sujet avait des douleurs à l'épigastre depuis très-long-temps, et des aigreurs après le repas depuis un an et demi; tandis que chez d'autres individus (Obs. I et VI), la perte de l'appétit n'avait devancé le début des symptômes que de quelques mois. Un des malades (Obs. VII) avait fait des excès de table immédiatement avant le début des douleurs à l'épigastre; un autre (Obs. II) vivait depuis six mois dans la misère; enfin, le dixième d'entre eux semblait dans un état de santé à peu-près parfait, jouissait de l'intégrité des fonctions digestives, quand les symptômes suivans se manifestèrent.

Soit donc qu'il y eût ou non dérangement des voies digestives depuis un certain temps, que la maladie de l'estomac fût simple ou compliquée, primitive ou secondaire, les malades éprouvaient, dès le début, une diminution plus ou moins considérable, ou même une perte complète d'appétit, des douleurs à l'épigastre (Obs. II, VI, VIII, XI et XII), des frissons entremêlés de chaleur, de la soif; et après un temps plus ou moins considérable (depuis quelques jours jusqu'à un mois et plus), des nausées et des vomissemens; ou bien, ces derniers symptômes accompagnés d'anorexie, de soif et de fièvre débutaient, et les douleurs à l'épigastre ne se manifestaient qu'après une ou plusieurs semaines (Obs. III, V, VII et X); enfin, dans d'autres cas, les nausées, les vomissemens et les douleurs à l'épigastre se montraient à la fois. Ces symptômes persistaient avec plus ou moins d'intensité jusqu'à la mort, quelquefois d'une manière continue, presque sans interruption (Obs. I, VI et X); ordinairement avec des rémittences plus ou moins considérables (Obs. II, IV, V). Dans plusieurs cas, ils se manifestaient avec beaucoup d'intensité dès leur principe; dans d'autres

également nombreux, ils se développaient d'une manière lente et ne prenaient d'énergie qu'à une certaine époque de leur durée (Obs. I, II, VII et XI). Quelquefois aussi la maladie arrivait à son dernier terme sans avoir donné lieu en aucun temps à des symptômes de quelque gravité (Obs. VIII et X).

Chacun des symptômes indiqués se présentait dans des degrés très-variables; ainsi, chez les uns, la *soif* ne fut un peu vive que quelques jours avant la mort, et très-probablement par l'effet d'une affection nouvelle ajoutée à la première (Obs. IX et X). Chez d'autres, elle fut toujours très-forte, et tellement, qu'à une période avancée de la maladie, neuf pintes de tisane prises en vingt-quatre heures suffisaient à peine pour la satisfaire (Obs. IV); quelques malades ne pouvaient supporter que des boissons froides (Obs. IV); d'autres, des boissons tièdes (Obs. V); ou bien, après n'avoir pu prendre ces dernières pendant long-temps, ils recherchaient les froides (Obs. II), et finissaient par ne plus obéir à leur soif, dans la crainte des vomissemens, tant la susceptibilité de l'estomac était devenue excessive (Obs. II et XI.)

L'appétit variait non-seulement chez les divers individus, mais encore chez les mêmes personnes. Dans la plupart des cas, il y avait dès le début, comme nous l'avons déjà dit, anorexie; quelquefois, mais beaucoup plus rarement, l'appétit n'était très-diminué que quelques jours avant la mort (Obs. IX et X); ou bien, après avoir disparu quelque temps, il reparaissait pour cesser encore, toujours en harmonie avec la difficulté plus ou moins grande de la digestion.

Il y avait des nausées chez tous les malades, et des vomissemens chez neuf d'entr'eux. On les observait, comme cela a été dit, dès le début, quelque temps après l'apparition des douleurs ou à la même époque. Ils persistaient jusqu'à la mort, avec des rémittences plus ou moins mar-

quées, quelquefois débutaient avec une extrême violence, plus souvent augmentaient graduellement. A une certaine époque de la maladie, ils étaient provoqués par les causes les plus légères, les boissons les plus douces, l'eau sucrée, l'eau pure elle-même ; ils résistaient à tout, même aux moyens les plus convenables, en apparence, pour les combattre ; ou bien ceux de ces moyens qui avaient paru les calmer pendant quelques jours perdaient promptement leur efficacité. (Obs. I, II et XI.)

Les *douleurs à l'épigastre* existaient chez onze des douze sujets dont nous avons donné l'histoire. Chez les uns (Obs. I, II, III, V et XI), elles étaient très-prononcées, et quelquefois si pénibles (Obs. III, V et XI), que les malades assuraient que tout leur mal était à l'épigastre ; chez d'autres, elles étaient beaucoup moins vives, ne se manifestaient que par un embarras (Obs. VI et XII), des picotemens (Obs. V), un sentiment de barre continuelle à l'épigastre (Obs. VIII) ; quelquefois elles étaient accompagnées d'une sensation de chaleur, et dans ces cas on a trouvé la membrane muqueuse ramollie et amincie, pâle ou d'un rose plus ou moins vif (Obs. III, IV et VI). La pression augmentait ces douleurs au point que quelques malades ne pouvaient supporter le moindre poids à l'épigastre, et tenaient cette partie découverte : elles étaient sujettes à des rémissions plus ou moins longues, et s'exaspéraient à des époques très-avancées de la maladie (Obs. II) ; quelquefois elles étaient calmées momentanément par l'eau de Seltz (Obs. XI), quelquefois par une potion antispasmodique sans éther (Obs. II). L'opium ne parut avoir aucune influence sur le degré de leur intensité ; elles étaient proportionnées aux nausées et aux vomissemens.

L'état de la *langue* n'offrait rien de constant ; elle était dans l'état naturel chez quatre de nos malades, un peu rouge à la pointe chez trois autres, villeuse et roussâtre

chez la femme qui fait le sujet de la IIe observation ; elle conserva à-peu-près le même aspect chez cette malade, pendant tout le cours de l'affection, et aussi chez un autre, où pendant huit mois on l'observa rouge à la pointe, avec des villosités blanchâtres au centre, et toujours humide comme dans les autres cas (Obs. II).

La *diarrhée* a existé chez presque tous les sujets, sans qu'on puisse la considérer comme une dépendance de la maladie de l'estomac, la phthisie existant à un degré plus ou moins marqué dans la plupart des cas.

Au milieu de ces désordres, l'exercice des *facultés intellectuelles* et des organes des sens demeurait sans altération. Il n'y eut de céphalalgie que chez une femme atteinte du cancer de l'utérus, et chez trois autres sujets, dont l'un (Obs. XI) avait des maux de tête habituels depuis long-temps ; les deux autres (Obs. IX et X) succombèrent, l'un à une hydrocéphale aiguë, l'autre à un ramollissement du cerveau, et ne se plaignirent de céphalalgie que dans les derniers temps de la maladie, c'est-à-dire, à une époque à laquelle on doit rapporter le début de l'affection cérébrale.

Nous n'observâmes de *douleurs dans les membres* que dans un cas (Obs. II) ; et le seul où elles aient existé dans les articulations, a été offert par une femme qui les avait depuis l'âge de puberté (Obs. II).

Les *traits* de la face n'offraient rien de remarquable dans l'absence des douleurs ; ils prenaient l'empreinte du malaise et de la souffrance dès qu'elles se faisaient sentir, à peu-près comme dans les coliques.

Il était difficile, à raison des complications, d'estimer l'influence de la maladie sur l'*état des forces ;* néanmoins, quand elle s'est montrée chez des sujets atteints de cancer de l'utérus ou de phthisie déjà très-avancée, la faiblesse ne nous a pas semblé beaucoup plus considérable que dans le cas où ces maladies eussent été simples. Dans

d'autres circonstances, il en a encore été de même : ainsi le malade qui fait l'objet de la X.e observation ne cessa de travailler que douze jours avant de mourir. La femme qui est le sujet de la IV.e continua ses occupations pendant les cinq premiers mois de sa maladie, et celle dont l'histoire est la VIII.e, et chez laquelle la membrane muqueuse de l'estomac était détruite dans les trois quarts de son étendue, travaillait encore trois jours avant sa mort. Mais quand la marche de la maladie a été rapide, que les vomissemens ont été accompagnés d'évacuations alvines abondantes, la chute des forces a été très-prompte (Obs. VI); dans un autre cas (Obs. XI), où la constipation avait été constante, la faiblesse a été considérable, mais proportionnée, à ce qu'il nous a paru, au défaut d'alimentation.

Les *frissons* et la *chaleur* éprouvés par quelques malades au début et dans les jours qui ont suivi sembleraient indiquer que la circulation a été vivement influencée par la maladie de l'estomac; mais la chose est pour le moins douteuse, vu la faible accélération du pouls chez le sujet de la VI.e Observ., dont la maladie a débuté et marché avec violence.

Ainsi, en rapprochant les lésions de l'organe malade, des symptômes observés, nous voyons, d'une part, la membrane muqueuse de l'estomac amincie, ramollie, détruite dans une plus ou moins grande étendue; le désordre propagé quelquefois aux tissus sous-jacens; et de l'autre, du dégoût, de l'anorexie, des nausées, des vomissemens et des douleurs ordinairement très-vives à l'épigastre : mais aucun de ces phénomènes sympathiques, regardés par quelques-uns comme l'effet inévitable des affections graves ou légères de la membrane muqueuse de l'estomac, et comme le seul moyen de les connaître. Ici tout est clair et précis; le désordre de la fonction, le lieu de la douleur, indiquent au premier abord l'organe lésé;

aucun autre viscère n'exprime mieux ni plus vivement ses souffrances. Les symptômes d'une pneumonie ne décèlent pas d'une manière plus évidente et plus sûre l'inflammation des poumons que les phénomènes indiqués ne montrent, dans la plupart des cas, une affection grave de l'estomac. Le malade, auquel on parle de ses maux, ne répond pas qu'il n'éprouve que du mal-aise, qu'il ne *souffre nulle part;* il indique positivement l'estomac comme le siège de la maladie; *c'est là qu'est tout son mal.* Peu importe que l'affection soit simple ou compliquée, la douleur à l'épigastre est toujours la même; et quelle que soit cette complication, que la maladie marche avec violence, qu'elle soit accompagnée ou non d'entérite aiguë, qu'elle devienne promptement mortelle, ou que, se manifestant par des symptômes peu graves, elle se prolonge un temps considérable, les symptômes ne varient que par leur intensité; la douleur vient toujours révéler l'organe malade. Ainsi, nous avons vu cette douleur obtuse, il est vrai, persister une année entière, et presque jusqu'à la mort, chez la femme qui fait l'objet de la VIIIe Obs., quoique la marche de la maladie ait été très-lente, à peu-près uniforme, les accidens légers, que la malade ait continué ses occupations jusque trois jours avant la mort. Pourrions-nous croire désormais que la membrane muqueuse de l'estomac soit si insensible, ou qu'elle exprime ses douleurs d'une manière si differente des autres organes? Nous insistons sur ce point et sur les autres symptômes décrits, c'est-à-dire, les nausées et les vomissemens, parce qu'ils font rentrer l'estomac sous la loi commune, et qu'ils nous le montrent exprimant ses souffrances, comme les autres organes, par la douleur et le désordre plus ou moins marqué de ses fonctions.

Marche et durée. — En général, la maladie a parcouru ses diverses périodes avec lenteur, sa durée a été considérable, et on peut croire qu'elle l'eût été davantage en-

core, sans les complications qui existaient. On l'a vue de trois mois et demi dans un cas (Obs. X), de six dans un autre (Obs. V), de treize dans un troisième (Obs. IV), sans qu'on ait observé une différence correspondante dans l'état des organes après la mort. Loin de là, le désordre était plus considérable chez le dixième que chez le quatrième de nos malades, où il n'y avait amincissement et ramollissement que de la membrane muqueuse, tandis que dans l'autre, le désordre s'étendait à toute l'épaisseur des parois de l'estomac. Quelquefois cependant, la marche de la maladie a été rapide, véritablement aiguë, et la mort a dû en être le résultat, bien plus que de toute autre lésion : ainsi, elle paraît à peine avoir duré vingt jours chez la femme qui fait l'objet de la I.re Observ., dans laquelle nous avons vu la membrane muqueuse profondément altérée, et même entièrement détruite en plusieurs points. Sa marche a été presque aussi rapide, et les symptômes également graves dans un autre cas (Obs. VI), où la lésion de la muqueuse était moins avancée.

Dans la forme chronique, la maladie, comme toutes les affections de long cours, n'a pas eu une marche uniforme; elle a semblé quelquefois stationnaire, ou même tendre à la guérison; mais le mieux apparent a été promptement suivi de rechutes. Nous en avons signalé un exemple remarquable dans la quatrième observation, dont le sujet, après 5 mois de maladie, recouvre l'appétit pendant 3 ou 4 mois, paraît entrer en convalescence, et dont la maladie n'en marche pas moins ensuite, quoique avec lenteur, vers une terminaison funeste.

Diagnostic. — Nous avons vu que l'affection dont il s'agit se développait le plus ordinairement chez les sujets dont l'appétit et les digestions étaient altérés depuis un temps considérable; qu'à son début il y avait fièvre, nausées, vomissemens, anorexie plus ou moins complète; que ces symptômes étaient accompagnés, précédés ou sui-

vis de douleurs à l'épigastre, qu'ils se montraient dans presque tous les cas; que jamais les nausées et l'anorexie n'avaient manqué, que l'épigastralgie avait été observée onze fois sur douze, etc.; nous venons de voir que ces symptômes persistent avec des rémissions plus ou moins longues jusqu'à la mort; que dans presque tous les cas la marche de la maladie est lente : nous avons en outre remarqué qu'elle se manifeste dans le cours des affections chroniques et plus ordinairement dans celui de la phthisie pulmonaire, qu'elle précède rarement; toutes les fois donc que nous rencontrerons chez des personnes atteintes d'affections chroniques et ayant eu pendant long-temps des digestions difficiles avec diminution de l'appétit, les symptômes indiqués; nous devrons, quand ils auront existé quelque temps, 20 jours, 1 mois, 6 semaines, par exemple, soupçonner l'existence du ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac. Dans le cas où ces symptômes viendraient à se déclarer sans altération préalable des fonctions digestives, sans diminution de plus ou moins longue durée de l'appétit, et chez des sujets exempts de maladies chroniques, les soupçons seraient sans doute moins fondés; cependant, comme ces suppositions se trouvent en partie réunies dans les sujets des VII.e, X.e et XI.e observations, nous pensons que si les symptômes indiqués avaient persisté 6 semaines ou 2 mois, on devrait être *presque* assuré de l'existence de la maladie.

Dans le cas où les symptômes sont peu prononcés (Obs. VIII), où il n'y a que des nausées sans vomissemens, un simple embarras, ou une douleur obtuse à l'épigastre; si surtout le dépérissement est lent, et que le malade conserve ses forces, le diagnostic est nécessairement incertain; car on peut penser avoir à faire à un cancer de l'estomac qui marche d'une manière très-chronique, et l'absence d'une tumeur sensible à l'épigastre est loin,

comme on sait, de pouvoir lever tous les doutes.

Nous ne prétendons pas d'ailleurs que les symptômes que nous avons indiqués soient les seuls existans, que le diagnostic de la maladie ne puisse reposer que sur eux seuls; nos conclusions ne sont que l'expression des faits que nous avons observés, et nous ne doutons pas que des observations nouvelles ne conduisent à de nouveaux signes, ou ne modifient ceux que nous venons d'indiquer, d'une manière quelconque. Rappelons-nous enfin, que la maladie est quelquefois latente, et que les symptômes venant à manquer, le diagnostic est absolument impossible. Le malade qui fait le sujet de la IX.e observation nous a déjà donné un exemple de cette variété de l'affection; nous en avons recueilli un nouveau ces jours derniers, nous allons le faire connaître d'une manière abrégée.

Il s'agit d'une femme de 77 ans, qui avait habité la Salpêtrière pendant 18 mois, et l'avait quittée depuis 2, attribuant à la nourriture de la maison le peu d'appétit qu'elle avait depuis quelque temps. Des personnes charitables qui l'avaient recueillie, avaient essayé de lui faire prendre quelques alimens délicats, mais à peine en avait-elle pris quelques bouchées, qu'elle se trouvait rassasiée; elle ne mangeait avec plaisir que la soupe : d'ailleurs, point de nausées ni de vomissemens, ni de douleurs à l'épigastre (du moins les personnes qui voyaient habituellement et plusieurs fois le jour la malade me l'ont assuré); elle toussait depuis 20 ans environ, ne se plaignait que de son *asthme*, et fut conduite, au troisième mois de sa sortie de la Salpêtrière, à l'hôpital de la Charité, où elle ne put rendre un compte satisfaisant de son état, et mourut au 8.e jour de son arrivée, sans avoir eu de vomissemens. A l'ouverture du cadavre, on trouva des tubercules et des excavations tuberculeuses dans les poumons, le cœur sain, le foie dans l'état naturel, l'estomac un peu verdâtre à l'extérieur du grand cul-de-sac; à l'intérieur, dans l'ep-

droit correspondant et dans la largeur de la main, il était d'une couleur verdâtre ou d'un blanc bleuâtre, et traversé dans cette partie par un grand nombre de vaisseaux larges et vides; la membrane muqueuse, là où la couleur verdâtre existait, était ramollie, sans consistance; elle manquait dans la plupart des points où on observait la couleur blanche et bleuâtre; dans le reste de son étendue elle était fauve, d'une épaisseur et d'une consistance naturelles; ses bords s'affaissaient graduellement au pourtour de la partie malade; la démarcation entre la portion lésée et celle qui ne l'était pas, était extrêmement tranchée.

C'est ici le lieu de dire un mot sur la *nature* présumée de l'affection dont il s'agit. A ne considérer que les symptômes, nous ne pouvons y voir qu'une inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, une véritable gastrite; mais l'état de la membrane muqueuse amincie, décolorée et quelquefois détruite, peut paraître moins concluant. Néanmoins, en examinant avec un peu d'attention ces trois circonstances principales, l'opposition qui paraît exister entre les symptômes et les lésions observées nous semble disparaître. En effet, sans parler du ramollissement qui est la suite ordinaire de l'inflammation aiguë intense, l'amincissement et même la destruction de la muqueuse n'ont rien que de favorable à l'idée de l'inflammation, puisque tous les jours nous voyons la peau s'ulcérer, s'amincir, disparaître entièrement à la suite de l'application plus ou moins prolongée d'un vésicatoire. Par rapport à la décoloration, elle n'a pas été constante; la muqueuse ramollie et amincie, était, comme nous l'avons déjà remarqué, grise dans un cas (Obs. VII), uniformément rose dans un autre (Obs. VI); dans un troisième (Obs. V) elle faisait suite à une autre partie presque également ramincie et ramollie, mais rouge, laquelle, à mesure qu'on s'éloignait du point indiqué, devenait suc-

cessivement plus consistante et plus épaisse. Et quand bien même la décoloration serait constante, on ne pourrait rien en conclure contre notre proposition, la décoloration des tissus étant inévitable à une époque rapprochée de leur destruction. Enfin, nous observerons que, dans les points où la lésion qui nous occupe n'existait pas, on a trouvé dans plusieurs cas (Obs. II, IV, VII, IX et XI) la muqueuse inégale, mamelonnée ou ulcérée, et que cet état, comme nous le verrons bientôt, paraît être un résultat de l'inflammation; en sorte que si d'un côté la décoloration ne repousse pas l'idée de l'inflammation, la rougeur observée quelquefois dans le cas de ramollissement avec amincissement, l'amincissement lui-même, l'état de la membrane muqueuse dans les parties contiguës à la lésion, y sont favorables.

Les rapprochemens les plus naturels ne garantissent pas toujours de l'erreur, aussi n'insisterons-nous pas plus long-temps sur une manière de voir que l'on peut considérer comme douteuse, avec d'autant plus de raison que notre but a été, non de faire une théorie, mais de décrire un état pathologique non encore observé.

Pronostic. — Nous n'avons dans aucun cas observé la maladie dans son état de simplicité; dans la plupart, elle n'était que secondaire à une affection mortelle de sa nature, et l'on pourrait par ces raisons regarder les règles du pronostic comme de fort peu d'importance ici. Néanmoins si l'on considère que la lésion qui nous occupe est quelquefois maladie principale, et peut causer la mort au moment où l'on s'y attend le moins; que quand elle est accessoire à une maladie inévitablement mortelle, elle peut encore en accélérer de beaucoup le terme fatal; on conviendra que l'exactitude du pronostic serait ici d'un très-grand prix. Malheureusement nous n'en possédons pas les élémens, nous connaissons à peine les symptômes caractéristiques de la lésion, nous ignorons les

signes propres à ses différens degrés : nous ne savons pas quand elle est inévitablement mortelle, quand elle n'est pas encore au-dessous des ressources de la nature, et tout cela serait nécessaire pour asseoir un jugement sur l'issue de la maladie. L'expérience se borne à montrer, dans la lésion qui nous occupe, une altération extrêmement grave et probablement mortelle quand les symptômes qui peuvent la faire reconnaître ont duré un certain temps et que la susceptibilité de l'estomac est telle qu'il ne peut plus rien supporter.

Traitement. — L'incertitude du pronostic fait pressentir celle du traitement, car il devrait différer suivant l'état plus ou moins avancé de la lésion, et nous venons de voir tout-à-l'heure que nous manquions de signes pour en connaître les degrés. Quoi qu'il en soit, si la maladie, accompagnée de peu de fièvre à son début, et de symptômes gastriques plus ou moins prononcés, engage à essayer un émétique, et que cet émétique ait été donné sans succès, on devra renoncer à cette médication, se rappeler que l'affection débute souvent d'une manière insidieuse, et recourir au traitement que l'on emploierait dans le cas où l'on n'aurait aucun doute sur les suites de la maladie livrée à elle-même et traitée d'une manière contraire à son génie. A raison des douleurs et de la chaleur à l'épigastre, du mouvement fébrile plus ou moins prononcé, de la soif ordinairement très-vive, etc., on recourrait au traitement antiphlogistique que l'on proportionnerait aux forces de l'individu. Mais quand les accidens ont déjà duré long-temps, que la susceptibilité de l'estomac est extrême (auquel cas on peut soupçonner que la lésion de la muqueuse est irrémédiable), on ne peut employer que des palliatifs. Toutefois nous observerons, par rapport au traitement de la première époque, que le traitement antiphlogistique a été employé assez largement chez un de nos malades (Obs. VII), à cette

même époque, sans empêcher la lésion de la membrane muqueuse de l'estomac de marcher comme dans les autres cas ; et quant aux palliatifs, nous rappelerons aussi qu'à une époque avancée de la maladie, tous les moyens employés l'ont été à-peu-près également sans succès.

Causes. — Nous avons déjà dit dans quelles circonstances la maladie s'était déclarée, nous n'y ajouterons qu'un mot : les deux seuls cas dans lesquels elle paraisse avoir été déterminée par des causes manifestes, sont favorables à l'opinion que nous avons émise sur sa nature ; l'un des sujets s'était livré à des excès de vin et d'eau-de-vie trois jours de suite ; l'autre vivait dans la misère depuis six mois, quand se développèrent les premiers symptômes gastriques. (Obs. VII et XI.) Toutefois nous n'oublierons pas que sur les douze malades se trouvent huit femmes ; que nous avons fait nos observations dans des salles où se trouve un nombre égal de personnes de l'un et l'autre sexe ; et que si l'expérience venait à montrer que la maladie en question est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, il faudrait aussi en conclure que ses causes excitantes les plus communes ne sont pas des excès de table, les femmes y étant moins adonnées que les hommes.

APPENDICE.

On rencontre encore très-souvent sur le cadavre un état de la membrane muqueuse de l'estomac qui n'a pas été décrit, et que nous croyons utile de faire connaître.

Quand il existe, la membrane muqueuse de l'estomac, au lieu de présenter une surface unie, veloutée, telle que le décrivent les auteurs, offre dans un espace plus ou moins étendu, des saillies de formes et de dimensions variables, ordinairement arrondies, de deux à trois lignes

de diamètre, semblables, en quelque sorte, aux bourgeons charnus qu'on voit à la surface des plaies, séparées par des sillons plus ou moins profonds. Ces sillons, ordinairement arrondis, ont quelquefois une direction longitudinale, une longueur d'un pouce à un pouce et demi, une largeur d'une ligne environ, et à leur niveau la membrane muqueuse n'a souvent que le tiers ou le quart de l'épaisseur de celle qui en forme les limites. A côté de ces sillons, ou même sans qu'ils existent, on voit fréquemment à la surface de la muqueuse ainsi bourgeonnée, des ulcérations arrondies ou alongées, d'une à plusieurs lignes de diamètre. La membrane muqueuse, dans la plupart des cas, n'est qu'incomplètement détruite à leur niveau, et ce qui en reste a une consistance convenable. Dans cet état, elle a bien rarement la couleur qui lui paraît naturelle; elle est rose ou rouge, plus souvent encore grisâtre.

Sa consistance est quelquefois un peu diminuée, et son épaisseur est, dans beaucoup de cas, évidemment plus considérable que dans l'état sain.

L'état de la membrane muqueuse dont il s'agit s'observe dans des circonstances variées: dans le cas de dilatation ou de resserrement de l'estomac, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de replis valvuleux à sa face interne. Nous avons vu des estomacs doublés de volume, présenter l'aspect bourgeonné en question, d'une manière très-tranchée, dans presque toute leur étendue, et leur membrane muqueuse très-épaissie; tandis qu'elle était parfaitement unie et d'une épaisseur ordinaire dans des estomacs réduits au volume du colon, par suite d'une diète plus ou moins long-temps prolongée.

Les régions qui sont le siège le plus ordinaire de cette altération, sont : la grande courbure et les parties des faces antérieures et postérieures de l'estomac qui en sont le plus rapprochées; puis l'extrémité pylorique, la petite

courbure, et enfin le grand cul-de-sac, dont les inégalités ou mamelons de la membrane muqueuse n'occupent jamais toute l'étendue. Les mêmes régions sont encore, dans la progression indiquée, le siège le plus commun des ulcères.

L'existence des mamelons ou bourgeons de la membrane muqueuse, dans des estomacs très-distendus, leur absence dans ceux qui sont plus ou moins rétréeis, prouvent, de reste, que les causes mécaniques sont étrangères à leur production; tandis que l'amincissement réel de la membrane muqueuse, au niveau des sillons qu'elle présente, ses ulcérations plus ou moins superficielles, sa couleur rarement naturelle, sont autant de circonstances qui indiquent un véritable état pathologique.

Les symptômes observés chez les sujets à l'ouverture desquels on a trouvé la membrane muqueuse de l'estomac bourgeonnée et plus ou moins ulcérée en même temps, pourraient éclairer sur la nature de cette lésion; mais l'anatomie suffit, il nous semble, pour résoudre le problême. Nous venons d'observer que la couleur de la membrane, là où elle est inégale, bourgeonnée, est bien rarement naturelle; qu'elle est rouge ou rose, plus fréquemment encore d'un gris plus ou moins foncé; qu'il y a dans plusieurs points destruction ordinairement incomplète de la muqueuse: nous avons remarqué en outre qu'il y avait assez souvent excès d'épaisseur dans les points correspondans aux mamelons: il nous semble, par toutes ces raisons, que l'état dont nous nous occupons est un des résultats de l'inflammation.

On dira peut-être que la couleur grise que l'on rencontre si fréquemment alors, n'est pas un de ses attributs, et est en opposition avec notre manière de voir. Mais si l'on réfléchit que cette couleur existe bien souvent au pourtour et au fond des ulcères intestinaux; que souvent aussi les glandes mésentériques sont alors d'un gris bleu plus

ou moins foncé, on conviendra que loin d'exclure l'idée de l'inflammation, la couleur bleue y semble plutôt favorable. D'une autre part, si des circonstances générales favorisent bien souvent la formation des ulcères, on ne saurait disconvenir que ceux-ci reconnaissent ordinairement pour cause une irritation plus ou moins forte; que l'inflammation en est, dans presque tous les cas, la cause, du moins excitante; de manière que la couleur, l'épaississement, les ulcères plus ou moins superficiels ou profonds, tout concourt à montrer, dans la membrane où on observe ces différens objets, un organe enflammé, et dans l'aspect inégal, mamelonné ou bourgeonné qu'elle présente, un résultat de l'inflammation.

Nous pouvons encore appuyer ces considérations de ce qui a lieu assez souvent lors de l'inflammation de la membrane muqueuse de l'intestin grêle ou du colon. Alors, en effet, cette membrane colorée en rouge plus ou moins vif, ramollie, épaissie ou non épaissie, est quelquefois recouverte d'une espèce de fausse membrane pultacée; et dans cet état évidemment inflammatoire, sa surface libre présente un aspect inégal, grenu, très-remarquable, qu'on peut très-bien comparer à celui de la muqueuse gastrique quand elle est bourgeonnée, et qui n'en diffère probablement un peu qu'à raison de la différence qui existe dans la structure des deux membranes.

Si, malgré ces rapprochemens, on ne regardait pas comme démontrée l'opinion que nous avons émise, il nous semble qu'elle devrait au moins paraître très-probable, et que dans tous les cas, il importe de l'examiner, puisque si elle était exacte, on aurait un caractère précieux et facile à saisir, pour reconnaître, dans beaucoup de cas, l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac.

Observation d'une imperforation de l'anus, chez un garçon, avec ouverture de l'intestin dans la vessie; recueillie par M. Cavenne, *docteur en médecine à Laon.* (*Aisne.*)

Céline Hainou, âgée de 38 ans, femme de Pierre Cordevan, de la commune de Brie, département de l'Aisne, accoucha le 22 janvier 1824, à onze heures du matin, d'un enfant mâle qui paraissait bien portant, puisque jusqu'au 24, deuxième jour de sa naissance, les parens ne s'étaient pas aperçus de l'infirmité dont il était atteint, qu'il prenait bien le sein, et que jusqu'alors l'urine qu'il avait rendue n'était altérée par aucune matière étrangère.

Bientôt le ventre se tendit, l'enfant poussa des cris et parut beaucoup souffrir; il vomit à plusieurs reprises du méconium. L'officier de santé du lieu, consulté, prescrivit un bain dans lequel l'enfant fut plongé pendant quelques instans. Les accidens continuèrent, et comme il n'allait pas à la selle, on voulut lui administrer un lavement : mais on nè fut pas peu surpris de ne trouver aucune trace d'ouverture à l'endroit où existe l'anus, ni même aux environs. A la sortie du bain, un peu d'urine fut rendue, mêlée pour la première fois avec du méconium. Le passage de cette substance étrangère à travers l'urètre détermina le gonflement de toute la verge, à quoi l'on remédia momentanément par des applications émollientes.

Je fus appelé le 25 au matin pour examiner l'enfant et employer les moyens convenables pour remédier au vice de conformation. Le ventre était tendu, légèrement nuancé de vert, douloureux à la pression. Je ne découvris au périnée qu'une ligne enfoncée, étendue du sommet du coccyx, à l'endroit où la peau des bourses s'unit à celle de

la verge, de sorte que le scrotum, au lieu de fournir une seule enveloppe aux testicules, en formait deux bien distinctes : le prépuce adhérait aussi sur la moitié inférieure du gland. Je fis coucher l'enfant sur le ventre, afin que la pression, déterminée par cette position, rendît plus saillante la place que devait occuper l'extrémité de l'intestin, si elle n'était pas trop éloignée : je ne découvris rien ; et pendant cette manœuvre, l'enfant rendit du méconium, et il s'en écoula par la verge, mêlé avec de l'urine qui teignait ses langes en vert foncé depuis la sortie du bain.

Présumant alors qu'il existait une communication de l'intestin dans la vessie ; forcé d'agir promptement, puisque le ventre se tuméfiait de plus en plus, que le méconium était rejeté par le vomissement ; il fallait choisir un moyen et le mettre à exécution. Etablir un anus artificiel, comme le conseille M. Dumas, n'aurait remédié qu'imparfaitement au vice de conformation, à moins de supposer l'oblitération de la portion d'intestin comprise au-dessous du nouvel anus, faute de quoi une partie du méconium devait continuer à tomber dans la vessie : je donnai donc la préférence au procédé conseillé par M. Martin, le jeune, chirurgien à Lyon (Voyez *Dict. des Sciences Méd.*, tome XXIV, page 127).

Pour l'exécuter, le petit malade fut placé sur le bord d'une table assez élevée, garnie d'un coussin et d'un drap plié en plusieurs doubles ; un cathéter du plus petit diamètre fut introduit dans la vessie par le canal de l'urètre ; les cuisses fléchies sur le bassin, un peu écartées l'une de l'autre ; les bourses relevées de la main gauche ; le périnée rendu saillant au moyen de la pression exercée par l'aide à qui le cathéter était confié : une incision longitudinale d'environ un pouce sur le périnée me permit de glisser la pointe d'un long bistouri droit sur l'ongle du doigt indicateur de la main gauche, dans la cannelure du ca-

théter que je relevai vers le pubis, dont je suivis la direction pour pénétrer dans la vessie et en inciser le col en retirant mon bistouri.

Au lieu de la quantité de méconium que je m'attendais à voir sortir, il ne s'écoula qu'un peu d'urine mêlée avec du sang. J'introduisis une algalie de femme par l'ouverture que je venais de faire, pour m'assurer que j'étais parvenu dans la vessie ; elle s'enfonça en effet plus profondément que ne l'avait fait la lame de mon bistouri, et parcourut la cavité de l'organe très-librement, toujours arrêté par la résistance de ses parois. Une canule en argent, longue de deux pouces et demi, entourée d'un linge fin enduit d'un corps gras, fût introduite dans l'ouverture, pour tout à-la-fois l'entretenir dilatée et arrêter l'hémorrhagie : rien ne s'écoula par la canule et l'enfant mourut à six heures du soir, le 25 de janvier.

L'ouverture de l'abdomen laissa écouler quelques onces de sérosité de couleur verdâtre, qui paraissait lui avoir été communiquée par la grande quantité de méconium qui distendait les gros intestins et la majeure partie de l'intestin grêle.

La fin du colon incisée longitudinalement laissa voir la cavité du rectum fort courte, se terminant par un cul-de-sac d'où partait un canal étroit, long d'environ un demi-pouce, et communiquant dans la vessie, derrière le col de cet organe, par une ouverture d'un très-petit diamètre.

A travers une ouverture pratiquée sur la paroi antérieure de la vessie qui était vide de tout liquide, on apercevait l'incision de son col, longue d'environ trois lignes, et à droite de celle-ci, l'orifice vésical du canal de communication de l'intestin à la vessie, entouré d'un léger bourrelet qui semblait lui faire l'office de sphincter; je ne pus pénétrer de l'intestin dans la cavité de la vessie qu'à l'aide d'un stylet mousse et un peu plus gros

que celui dont on se sert pour sonder les conduits lacrymaux.

Je m'aperçus bien que le procédé de M. Martin était insuffisant dans un cas semblable, et qu'il ne pouvait offrir un résultat avantageux, qu'autant que l'ouverture de communication de l'intestin dans la vessie serait assez grande pour ne pas seulement laisser échapper la partie la plus fluide du méconium; que la méthode de Littre, exécutée avec tant de succès par M. Duret, chirurgien de la marine à Brest, dans un cas de simple imperforation sans communication de l'intestin dans la vessie, conviendrait mieux dans celui qui nous occupe.

Quels seraient donc les moyens de reconnaître approximativement le degré de dilatation de l'ouverture de communication?

Ne pourrait-on pas, à l'aide d'une algalie introduite dans la vessie, ramener les parties les plus consistantes du méconium auxquelles le sphincter de cet organe n'aurait pu livrer passage, tandis que la partie la plus fluide se serait échappée avec l'urine. Quand on ramènerait du méconium un peu consistant qui se serait engagé dans les yeux de la sonde à la manière des caillots de sang, dans l'opération du cathétérisme, on pourrait croire qu'alors l'ouverture de communication a quelques lignes de largeur.

Si, au contraire, les premiers jours qui auront suivi la naissance, le malade a rendu l'urine naturelle; que l'accumulation seule du méconium dans les intestins ait forcé la partie la plus fluide à transsuder à travers une ouverture étroite dans la vessie, pour en teindre l'urine qui est rendue largement et peu épaisse; je crois que la méthode de M. Martin, convenable dans le premier cas, serait alors sans succès, et qu'il faudrait donner la préférence au procédé de Littre.

Telles sont les réflexions qui m'ont été suggérées par le

désir de venir au secours des individus qui naissent avec une infirmité que la plupart des auteurs regardent comme le présage d'une mort prompte et certaine. (*Voyez* Sabatier, *Méd. Opér.*, t. 1. pag. 351).

L'observation de M. C. est curieuse et intéressante ; elle est une nouvelle preuve que, dans les premières périodes de l'évolution du fœtus, comme dans les reptiles, les oiseaux, etc. l'intestin et la vessie communiquent et ne sont pas distincts. L'enfant dont M. C. donne l'histoire offrait un exemple d'un développement de la vessie et du rectum arrêté à une des premières périodes. Autenrieth, Oken, Meckel, Burdach, etc. ont démontré depuis long-temps la réalité de cette cause de monstruosité. Quant au moyen de remédier à cette organisation défectueuse, tous les procédés que la chirurgie possède sont imparfaits, et leur emploi est le plus souvent impuissant. Nous pensons que celui que M. C. a choisi est le moins bon de tous. Ce procédé, analogue à la taille par le périnée, ne pouvait, en admettant sa réussite, que produire une fistule stercorale et urinaire, dont l'incommodité est plus grande que celle d'un simple anus contre nature. Les accidens inflammatoires étaient plus à craindre que dans le procédé de Littre, et l'on avait moins de probabilité de succès ; car, dans ces communications de l'intestin avec la vessie, le plus communément le rectum ne s'ouvre pas largement dans le réservoir de l'urine, mais son insertion à cet organe se fait par un canal étroit, conique, et dont la base du cône correspond à la partie supérieure du rectum ou à la fin du colon. En allant, comme Littre l'a fait, chercher cet intestin dans le point le plus élevé, on est certain de le trouver convenablement dilaté, et l'on n'a plus à courir que les dangers d'une opération sanglante, pratiquée sur un jeune enfant, dangers qui sont toujours

très-grands, mais qui, je le répète, ne peuvent pas être comparés à ceux auxquels on s'expose en suivant la méthode adoptée par l'auteur de l'observation; méthode qui, outre ses nombreux inconvéniens, aurait celui de rendre le sujet impuissant. BRESCHET.

Cas mortel d'entérite et de péritonite, déterminé par un diverticule de l'iléon; par P. RAYER, *médecin du Bureau central des hôpitaux civils de Paris.*

§ I. — M.me L....., demeurant à Paris, rue des Fossés-Montmartre, n.° 6, âgée de trente-deux ans, d'un tempérament sanguin, avait été atteinte, en 1822, d'une gastro-entérite chronique, et en 1823, d'une légère attaque de goutte, qui cédèrent à l'influence prolongée d'un traitement et d'un régime antiphlogistiques. Devenue enceinte, elle était heureusement accouchée d'un sixième enfant dans le mois de décembre dernier. Les suites de couches furent exemptes d'accidens, et M.me L..., dont l'enfant fut confié à une nourrice, parut recouvrer presque tout-à-coup l'embonpoint et la fraîcheur qu'elle avait perdus pendant sa grossesse. Dans les premiers jours de février 1824, la santé générale de M.me L.... était parfaite; seulement elle éprouvait de temps en temps quelques douleurs dans les yeux, et spécialement dans l'œil gauche; sa vue se fatiguait facilement; et les paupières, surtout celle de l'œil gauche, étaient par fois agitées par des contractions involontaires. Le 7 février, je pratiquai une saignée du bras, de douze onces; elle procura un soulagement très-marqué, sans faire disparaître complètement les mouvemens spasmodiques des paupières. Nous suspendîmes alors toute espèce de traitement, espérant que cette légère affection locale cesserait

bientôt d'elle-même. La santé de Mme L...... continuait d'être excellente, lorsque des accidens d'une autre nature se déclarèrent tout-à-coup. Dans la soirée du mercredi 10 mars, après avoir dîné avec appétit, Mme L..... se plaignit d'éprouver des coliques, et se mit au lit. Persuadée que la douleur se dissiperait par le repos, elle ne consentit à me faire appeler que le jeudi 11, après avoir passé une nuit fort agitée, pendant laquelle elle prit successivement plusieurs lavemens qui ne furent point suivis d'évacuations stercorales. Poursuivie par les douleurs, Mme L.... changeait continuellement de place, se promenait dans sa chambre, espérant toujours obtenir quelque soulagement. Les douleurs intestinales, devenues plus violentes et plus rapprochées au point du jour, furent bientôt accompagnées de fréquens vomissemens de matière bilieuse. Je vis la malade à dix heures du matin. La douleur abdominale était très-aiguë, circonscrite dans un petit espace que l'on aurait pu couvrir avec une pièce de cinq francs, vers la réunion de la région iliaque droite avec l'hypogastrique, et environ à la hauteur d'une ligne, qui, de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles du côté droit, s'étendrait à celle du côté opposé. Cette douleur était telle, qu'elle arrachait des cris à la malade, que je savais ne point être dans l'habitude d'exagérer ses souffrances. L'expression de la physionomie de Mme L...., ou plutôt l'état d'angoisse et d'agitation dans lequel elle était plongée, ressemblait parfaitement à celui d'une femme grosse en travail, ou à celui d'un individu atteint d'une hernie étranglée et très-douloureuse. Le ventre, souple dans toutes ses régions, n'était ni tendu, ni ballonné; sa température ne paraissait pas plus élevée que dans l'état naturel; non douloureux, hors le point que nous avons indiqué, il avait sa forme et ses dimensions naturelles. Les coliques ne pouvaient pas être attribuées aux alimens pris par Mme L.... : ils avaient été préparés dans des vases bien étamés, et aucun des

membres de sa nombreuse famille, qui avaient usé des mêmes alimens, n'avait éprouvé la plus légère incommodité. Les hoquets, les nausées, les efforts pour vomir, les vomissemens de matières bilieuses, *sans évacuations alvines*, se succédaient avec une rapidité effrayante. Le pouls était fréquent, dur, petit, enfoncé. L'urine était rendue naturellement, et il n'existait point de douleur dans les régions occupées par le foie ou la vésicule du fiel. A la vue de ces premiers accidens, l'idée d'une hernie étranglée ou d'un pincement de l'intestin se présenta presque tout-à-coup à mon esprit. J'examinai avec le plus grand soin l'ombilic, la ligne blanche, les anneaux sus-pubiens et les arcades crurales; toutes ces parties me parurent bien conformées et exemptes de hernie. D'ailleurs la malade indiquait avec le doigt le siège d'une douleur fixe et aiguë, dans un autre point que nous avons déjà désigné, et voisin de la fosse iliaque droite. Persuadé qu'une péritonite ou une entérite, bornées à une aussi petite surface, n'auraient point occasionné une douleur aussi atroce que celle que souffrait la malade; convaincu par le siège même de cette douleur que les accidens n'étaient point occasionnés par une métrite ou par un calcul biliaire engagé dans le canal cholédoque; et, certain que s'ils eussent été dûs à un calcul arrêté dans l'uretère droit, à la hauteur du grand bassin, un dérangement dans l'excrétion de l'urine aurait inévitablement eu lieu; j'annonçai que le cas me paraissait très-grave, et je me retirai avec la crainte qu'un étranglement interne de l'intestin ne fût la source des accidens. (26 *sangsues sur le point douloureux et à sa circonférence; cataplasme émollient; bain tiède; eau gommée*). Les sangsues procurèrent un soulagement momentané; mais les douleurs augmentèrent beaucoup d'intensité lorsque la malade fut plongée dans le bain. Après y être restée quelque temps elle manifesta le désir d'en sortir. Bientôt les douleurs reparurent avec une activité effrayante. Jus-

tement alarmé, le mari de cette dame fit appeler un médecin du quartier, M. le docteur Cousin, qui, après avoir vu la malade, ordonna d'oindre le ventre avec un liniment opiacé, et d'appliquer à la plante des pieds un cataplasme fait avec de la farine de graine de lin et de la farine de moutarde. Les vomissemens de matière bilieuse, les efforts continuels pour vomir, la douleur abdominale persistaient, lorsque je revis la malade, vers une heure de relevée. Je proposai à M. Cousin, qui depuis lors, de concert avec moi, a donné des soins à Mme L..., de pratiquer sur-le-champ une saignée et de tirer *une livre de sang du bras*. Cette émission sanguine eut lieu et procura un soulagement très-marqué. Les vomissemens devinrent plus rares et les efforts pour vomir moins violens et moins répétés; le pouls ne tarda pas à être évidemment plus développé. Après cette petite opération je vis la malade trois fois dans la journée; elle prit un second bain tiède, qui parut encore la fatiguer. Des lavemens émolliens ne déterminèrent point d'évacuations; un quart de lavement d'amidon avec douze gouttes de laudanum de Sydenham procura un léger soulagement. La nuit fut très-agitée; les nausées, les efforts de vomir, les vomissemens et la douleur abdominale, *toujours circonscrite*, revinrent bientôt au point où ils étaient, avant qu'on eût pratiqué la saignée.

Le 12, au matin, les accidens étaient au moins aussi graves que la veille. Les vomissemens se répétaient sans cesse, sans être accompagnés de garde-robes. La douleur était encore limitée dans un petit espace; le ventre était souple, *non tendu*, *non ballonné*, et *sans augmentation appréciable de sa chaleur*. La langue était humide et sans teintes morbides. Absence de douleur épigastrique, de soif et de chaleurs fébriles; pouls déprimé, comme enfoncé et peu fréquent. *Vomissemens*, et *douleur dans un point éloigné de l'épigastre*. Tels étaient les symptômes les plus saillans. Nous prescrivîmes 36 sangsues qui furent en

grande partie appliquées à la partie supérieure et interne des cuisses, ces animaux ne s'attachant que très-difficilement sur l'abdomen qui avait été oint de linimens narcotiques et couvert de cataplasmes émolliens. Après la chute des sangsues, l'écoulement du sang fut entretenu et augmenté par l'application de cataplasmes sur les piqûres. Les accidens se suspendirent de nouveau momentanément, ou du moins les vomissemens et les efforts pour vomir furent moins rapprochés pendant quelques heures. Mais dès le milieu du jour la violence des douleurs et la fréquence des vomissemens *sans évacuations alvines* m'alarmèrnt de nouveau sur le sort de la malade ; la crainte d'un étranglement de l'intestin, qui m'avait frappé dès le premier jour, se fortifiant de plus en plus, je désirai qu'un chirurgien habile et expérimenté explorât l'abdomen, et nous éclairât dans un cas aussi difficile. M. Dupuytren fut appelé : nous nous réunîmes à trois heures. Ce célèbre professeur eut bientôt acquis la certitude qu'il n'existait pas de hernie ou d'étranglement *externe* à l'ombilic, à la ligne blanche, aux anneaux sus-pubiens ou à l'arcade crurale. Il déclara que la couleur naturelle de la langue, le peu de désir de la malade pour les boissons, l'absence de la douleur dans la région épigastrique, etc., le portaient à penser que les vomissemens de matières bilieuses, éprouvés par Mme L..., quelles que fussent leur fréquence et leur intensité, lui paraissaient être *sympathiques;* que, d'un autre côté, puisqu'il n'existait aucun symptôme d'obstacle apporté au cours de la bile ou de l'urine par un calcul engagé dans le canal cholédoque ou dans les uretères, et qu'une douleur fixe, circonscrite dans un petit espace, avait lieu vers la réunion des régions iliaque et hypogastrique, le point de départ ou le mobile des accidens, était, suivant lui, une inflammation de la portion hypogastrique du péritoine ou de l'intestin, et que cette dernière pouvait être accompagnée ou déterminée par un *étranglement;* que, si la chaleur que la malade disait

éprouver depuis quelques heures vers les parties génitales, et l'ardeur qu'elle ressentait en urinant, tendaient à faire soupçonner l'existence d'une métrite ou d'une inflammation des voies urinaires, le siège et l'atrocité des douleurs, l'état déprimé du pouls, la fréquence des vomissemens *sans évacuations alvines*, la forme et les dimensions naturelles de l'abdomen, devaient faire craindre qu'un étranglement interne ne fût la cause déterminante de l'inflammation. Au reste, ajouta M. Dupuytren, s'il n'est pas permis d'apporter dans le diagnostic toute la précision désirable, il est constant au moins qu'il faut, dans toutes les hypothèses, proportionner l'activité du traitement antiphlogistique à l'intensité des accidens, et ajourner toute détermination ultérieure.

J'ouvris une des veines du bras et je tirai de nouveau *une livre de sang;* comme toutes les émissions sanguines précédentes, celle-ci détermina un soulagement très-marqué, mais seulement pour quelques heures. On administra plus tard un lavement émollient qui fut suivi d'un autre lavement mucilagineux et narcotique; la malade prit un bain tiède le soir, et dans la nuit on lui donna quelques cuillerées d'une potion mucilagineuse ou d'eau gommée.

Le 13, au matin, la douleur abdominale était diminuée; le ventre continuait d'être souple, sans tension et sans chaleur morbide; les vomissemens, les efforts pour vomir étaient plus rares; le pouls, qui était devenu plus développé après la dernière saignée, était moins déprimé que la veille. (*Cataplasmes émolliens, trois lavemens émolliens qui ne procurent point d'évacuations stercorales, quelques cuillerées d'eau gommée pour toute boisson.*)

Le 14, la malade est à-peu-près dans le même état que la veille; cependant les vomissemens ont cessé; le ventre continue d'être souple et d'avoir sa forme et ses dimensions naturelles. La douleur s'étant ranimée dans la jour-

née, 10 sangsues furent appliquées à la partie supérieure des cuisses. (*Deux bains tièdes dans la journée, eau gommée, cataplasmes et fomentations émollientes, deux lavemens émolliens et huileux rendus, quelques heures après, sans évacuation de matières fécales.*)

Le 15, la malade annonce qu'elle est mieux; mais elle se plaint d'une grande faiblesse, et, dans le jour, désire plusieurs fois respirer du vinaigre ou de l'éther. Le ventre continue d'être souple, un peu sensible seulement vers le siège ordinaire et primitif de la douleur. La langue est devenue blanche, un peu rouge sur les bords. M.me L... se plaint, à plusienrs reprises dans la journée, d'avoir dans la bouche *un goût de pourri;* après avoir pris deux lavemens émolliens et huileux, M.me L... rendit une petite quantité de matières fécales *blanchâtres*. Cette évacuation fut accompagnée de quelques douleurs et suivie d'un soulagement assez marqué. Les vomissemens, et même les efforts pour vomir, avaient déjà cessé la veille, pour ne plus reparaître que trois ou quatre jours après. (*Continuation des bains tièdes et des lavemens mucilagineux et huileux, eau gommée donnée par cuillerées à café.*)

Le 16, le mieux continue; le pouls est naturel, la douleur locale, toujours circonscrite dans le même espace, assoupie depuis la dernière saignée locale, semble renaître sans que le ventre devienne plus tendu. (*Cinq sangsues sur le lieu douloureux, cataplasmes et lavemens émolliens, bains tièdes, eau gommée.*) Une petite quantité de matières fécales *non colorées* par la bile est encore rendue avec les lavemens.

Le 17, même état que la veille; nouveau soulagement après une évacuation de matières fécales blanchâtres, plus considérable que les précédentes. Cependant la douleur locale, vers la fin du jour, paraissant se ranimer et tendre à se propager dans l'hypogastre, on eut encore recours à l'application de douze sangsues à la partie supérieure et

interne des cuisses. (*Bains tièdes, liniment opiacé dont on oint l'abdomen; lavemens émolliens; eau gommée pour boisson; éther et vinaigre à respirer.*) Dans la nuit et la journée suivante, les règles apparurent et ne fournirent que peu de sang.

La nuit du 17 au 18 fut très-calme; et le 18 la malade paraissait en convalescence. Le ventre était souple, sans chaleur morbide, peu sensible à la pression, même dans les limites très-circonscrites où la douleur s'était constamment manifestée, et où nous étions parvenus à la renfermer par un traitement antiphlogistique actif. Le pouls était naturel; le flux menstruel fournissait peu de sang, mais il avait toujours lieu. M.me L... réclamait déjà des alimens; tout annonçait aux assistans une guérison certaine, sur laquelle je n'aurais plus conservé de doutes, si les matières fécales rendues avec les lavemens avaient été colorées par la bile; si le *goût de pourri* dans la bouche, que j'avais soupçonné être la conséquence du séjour trop prolongé de ces matières dans le petit intestin, ne s'était pas reproduit la veille chez la malade à plusieurs reprises, et surtout si je n'avais encore été sous le poids de mes premières impressions. Cependant je quittai le soir la malade plein d'espérance : mais la nuit ne fut pas aussi bonne que nous avions droit de l'espérer après une amélioration aussi franche *en apparence*. La douleur hypogastrique se réveilla vers une heure du matin, et persista malgré l'emploi d'un bain tiède, dans lequel M.me L... fut plongée au point du jour.

Le 19, M. Cousin et moi nous nous décidâmes à appliquer de nouveau 32 sangsues sur l'abdomen, pour arrêter les progrès de cette inflammation qui renaissait sans cause extérieure appréciable et que nous avions toujours combattue, arrêtée ou bornée par des émissions sanguines. Pour cette fois nous n'obtînmes qu'un soulagement fort équivoque. Dans la journée, la douleur devint plus

sourde, mais ses limites semblaient s'étendre. Bientôt le ventre parut un peu plus volumineux dans la partie inférieure et latérale droite de la région hypogastrique; le pouls, devenu plus faible, acquit de la fréquence. Mme L... affirma qu'elle sentait que son mal faisait intérieurement des progrès. Ses pressentimens ne tardèrent pas à être justifiés : les vomissemens, qui avaient totalement cessé depuis le 15, reparurent dans la journée. Chacune de leurs secousses augmentait la douleur de l'hypogastre. Les matières expulsées par le vomissement étaient moins chargées de bile. La douleur qui s'était manifestée momentanément à l'épigastre vers le troisième ou quatrième jour reparut et fut bientôt accompagnée d'une chaleur interne très-considérable. Un bain pris dans la journée ne procura que très-peu de soulagement. De nouveaux efforts pour vomir, des nausées, des rapports continuels, l'absence d'évacuations de matières fécales et de gaz ranimèrent toutes mes craintes sur l'existence d'un étranglement interne. Le mari et les parens de cette dame, auxquels il était impossible de dissimuler que le mal devenait de plus en plus grave, que les remèdes antiphlogistiques, et en particulier les saignées, qui jusqu'alors avait constamment arrêté les progrès du mal, pourraient être bientôt impuissans, appelèrent M. Rullier, vers 4 à 5 heures de relevée. Nous nous réunîmes à lui, M. Cousin et moi, dans la soirée. Alors la faiblesse était considérable, le ventre un peu tendu vers l'hypogastre, la langue couverte d'une exsudation blanchâtre dans quelques points, et comme dépouillée de son épiderme dans quelques autres. La soif était assez vive et ne pouvait être étanchée même par de l'eau de gomme, sans que l'introduction de ce liquide n'augmentât l'intensité de la douleur, que la malade exprimait par le mot *constriction* ou *pincement*. Cette sensation, rapprochée de quelques circonstances antérieures, fut diversement interprétée. L'un de nous rattachait cette particularité à l'exis-

tence d'un étranglement interne; d'autres, sans contester la possibilité d'une semblable disposition, opposaient que l'absence de vomissemens de matières fécales permettait d'espérer qu'elle n'avait pas lieu; que cette dame ayant eu l'année précédente une attaque de goutte et des douleurs rhumatismales, les accidens qu'elle éprouvait aujourd'hui pouvaient dépendre d'une affection *goutteuse* ou *rhumatismale* fixée sur les organes digestifs. Or, il était impossible de contester que, dans le cas où la maladie serait produite par un étranglement interne, la mort devenait inévitable. La divergence de nos opinions sur la nature de l'affection ne permettait pas d'ailleurs de recourir à une opération hasardeuse et blâmée par plusieurs chirurgiens célèbres. Il était constant en outre que le traitement antiphlogistique avait été pour ainsi dire épuisé, et que la faiblesse de la malade était telle, que depuis deux jours on était obligé de la placer près d'une fenêtre ouverte pendant qu'elle était plongée dans le bain, afin de prévenir des syncopes imminentes. Dans cet état désespéré, nous convînmes d'essayer l'action de puissans dérivatifs qui, dans le cas d'une métastase goutteuse ou rhumatismale, paraissaient surtout indiqués. (*Deux sinapismes sous la plante du pied; deux larges vésicatoires anglais camphrés appliqués aux cuisses; cataplasmes et fomentations émollientes sur le ventre; potion avec eau de laitue, sirop d'éther et acide hydrocyanique; petit-lait pour boisson.*) Afin de prévenir la réaction que pourrait déterminer sur le ventre l'irritation produite par de larges vésicatoires, ils furent recouverts de cataplasmes émolliens, de manière à obtenir la vésication sans douleur; ce qui eut lieu. Peu de temps après que nous fûmes retirés, la malade prit une cuillerée de sa potion et la vomit sur-le-champ avec beaucoup d'efforts. Dès-lors ce moyen fut abandonné. Le flux menstruel continua encore d'avoir lieu jusqu'au lendemain; mais en très-petite quantité. La nuit ne fut pas très-agitée; la ma-

lade était affaissée. Après s'être un peu calmée, la douleur abdominale reparut avec plus d'intensité vers trois heures du matin, et diminua au point du jour.

Le 20, à 7 heures du matin, M.me L... prit encore un bain de siège. La douleur abdominale s'étendit de plus en plus dans la journée, vers l'hypogastre et la région ombilicale. Elle arracha de nouveau des cris à la malade. Quoique petit et fréquent, le pouls était dur. M.me L..., dont le ventre était tendu et tuméfié, se plaignait d'une chaleur brûlante dans l'abdomen. Les efforts pour vomir se renouvelèrent et furent suivis d'un ou deux vomissemens. Les cris ou les gémissemens de la malade étaient à peine interrompus par quelques instans de calme. Je proposai à M. Cousin d'appliquer 32 sangsues sur le ventre et la partie supérieure des cuisses, plutôt dans l'espoir d'alléger momentanément la douleur, que dans celui de sauver la malade, dont la perte me paraissait certaine. Après cette émission sanguine, les douleurs furent, pendant quelques heures, plus supportables; mais, ainsi que nous l'avions tous prévu, le mal fit des progrès dans la journée; le soir, le pouls était petit et extrêmement fréquent (120 pulsations par minute); le ventre était tendu, et la douleur se propageait de plus en plus vers la région ombilicale. (*Petit-lait; liniment narcotique camphré.*) Nuit agitée, révasserie.

Le 21, au matin, la faiblesse était extrême, et ne permit pas l'administration d'un bain de siège. Evanouissemens passagers, et cependant augmentation de la douleur qui a envahi tout l'abdomen, dont le volume est encore augmenté. Bien convaincus qu'il n'était plus désormais en notre pouvoir d'arrêter les progrès de cette péritonite, mais espérant obtenir quelque diminution de la douleur abdominale, nous convînmes, MM. Rullier, Cousin et moi, de remplacer l'action du bain de siège par celle d'une fumigation émolliente dirigée sur l'abdomen, au moyen de l'appareil de M. Lemaire. Ce bain de vapeur parut mo-

mentanément diminuer la chaleur et la tension de l'abdomen ; la malade assurait qu'elle était soulagée : mais cette amélioration ne devait être que passagère. Dans la nuit du 21 au 22, à quatre heures du matin, M. L...., désespéré, m'écrivit que sa femme avait vomi à minuit et demie des matières fécales, comme j'avais annoncé que cela aurait très-probablement lieu. Je me rendis sur-le-champ chez lui. On me montra, dans une cuvette, environ un verre d'une matière d'un jaune brun, dans laquelle nageaient des grumeaux d'une matière plus solide, brunâtres, et exhalant évidemment l'odeur des matières fécales, surtout lorsqu'on agitait le liquide, quoiqu'il fût depuis trois heures exposé dans la cuvette. La nature de ces matières fut reconnue par M. Cousin, à sa visite du matin (sept heures.)

Le lundi 22, à huit heures, M.me L.... était pâle ; ses traits étaient profondément altérés. Depuis deux jours, elle annonçait avec calme que sa fin était prochaine. Le ventre était balloné, généralement tendu et douloureux. De temps en temps, la souffrance arrachait encore à la malade un cri plaintif. Elle se découvrait, disant qu'elle était étouffée par une chaleur interne, ou demandait de l'air, comme font ordinairement les personnes qui vont s'évanouir. On ouvrit la fenêtre de sa chambre; la tête de son lit en fut approchée, et l'impression de l'air, la respiration de vapeurs stimulantes, semblèrent momentanément la ranimer. Enfin, vers onze heures du matin, M.me L...., jouissant de toutes ses facultés intellectuelles, et s'entretenant avec son mari, dit, tout-à-coup, que sa vue se troublait, et que ses souffrances étaient finies.... Quelques minutes après elle n'existait plus.

Autopsie du cadavre faite 18 *heures après la mort, par MM. Hamel, Cousin, Rullier et Rayer.* — Le ventre était balloné. Une certaine quantité d'un liquide jaunâtre sortit par la bouche et les narines au moment où l'on trans-

porta le cadavre, du lit où il était étendu, sur la table dressée pour les recherches anatomiques. L'ombilic, la ligne blanche, les canaux sus-pubiens ou cruraux étaient bien conformés et exempts de hernies. Le péritoine enflammé, surtout dans la région hypogastrique, contenait une petite quantité de sérosité jaunâtre; et si on en excepte un seul point que nous allons bientôt indiquer, on ne distinguait, à la surface de cette membrane, aucune trace de pus, ou d'exsudation couenneuse et membraniforme. En examinant les rapports et la disposition des viscères de l'abdomen, nous aperçûmes vers la réunion de la fosse iliaque droite et de la région hypogastrique, c'est-à-dire vers le lieu où la malade avait constamment rapporté le siége de la douleur, une *tache brune*, circulaire, oblongue, que nous prîmes au premier abord pour une portion d'intestin grêle gangréné, et que nous reconnûmes plus tard pour être une des surfaces enflammées et gangrénées d'un *appendice iléal*. La disposition des parties était telle, qu'elle ne peut être facilement comprise qu'en jetant un coup-d'œil sur la planche (*fig.* 1.re), dans laquelle les *dimensions* et les rapports des organes affectés ont été fidèlement reproduits. L'appendice iléal (HH.), dont les deux extrémités se trouvaient cachées, formait une espèce d'arcade au-dessous de laquelle s'était engagée une portion considérable de l'iléon (AA), (19 pouces environ de l'intestin grèle, à partir de sa jonction avec le cœcum.) Les parois de cette anse intestinale, que nous crûmes d'abord être étranglée, étaient saines, à peine injectées et non distendues par des gaz. La membrane muqueuse de cette portion de l'intestin était, en particulier, presque pâle et *non colorée par la bile*. Mais au dessus de l'origine de l'appendice iléal, toutes les tuniques de l'intestin étaient rouges, très-injectées, et présentaient de nombreuses arborisations vasculaires très-remarquables, surtout dans le tissu

cellulaire sous-péritonéal. La rougeur de la membrane muqueuse était masquée par une teinte jaune déterminée par de la bile qui tenait en suspension ou était mélangée avec une petite quantité de matières fécales liquides. Cette teinte jaune s'arrêtait tout-à-coup au-dessous de l'origine de l'appendice. Une petite exsudation couenneuse (G), unissait dans un seul point, le diverticule iléal avec l'anse intestinale engagée au dessous de l'arcade qu'il formait. Après avoir enlevé ce rudiment de fausse membrane, nous pûmes facilement dégager l'anse intestinale de dessous l'arcade que nous venons d'indiquer, et avec laquelle elle n'avait aucune autre adhérence. La portion de l'iléon engagée sous la bride formée par ce diverticule, n'était donc pas le siège de l'étranglement comme cela a lieu dans les hernies. L'obstacle au cours des matières fécales tenait à une autre disposition qui, je crois, n'a pas encore été soigneusement décrite. En effet, l'extrémité inférieure du diverticule iléal, d'abord libre et flottante, était devenue adhérente avec un point de la surface de l'iléon, éloigné de 2 pouces environ de l'origine de cet appendice, et lui était unie par du tissu lamineux très-serré (*fig.* 2, I). Ainsi réunis ils simulaient véritablement un anneau creux, formé antérieurement par le diverticule, et complété en arrière par l'iléon, qui parut comme bifurqué, lorsque l'adhérence de l'extrémité de cet appendice fut détruite. Une fois introduite dans cet anneau, l'anse intestinale en comprima, en arrière, l'arc postérieur ou l'iléon, de manière à intercepter complètement le passage des matières bilieuses ou fécales, et distendit plus encore, en avant, l'appendice iléal adhérant par ses deux extrémités. Un trait (*fig.* 1.re, HH.) situé au milieu de la partie fortement ombrée de cet appendice, indique une petite surface où ses tuniques ramollies, comme macérées dans une liqueur semblable à de la lie de vin, exhalaient une odeur de putréfaction.

J'ai déjà dit que ce diverticule naissait de l'iléon à 20 pouces environ du cœcum; il avait 20 lignes de longueur et un pouce dans sa plus grande largeur. Irrégulièrement pyriforme (*fig.* 2. HHH.), son orifice de communication dans l'intestin avait sept lignes de diamètre. Composé d'autant de membranes que l'intestin grêle, elles offraient moins d'épaisseur que celles de ce dernier. La tunique musculaire de ce diverticule était surtout moins distincte et moins apparente que celle de l'iléon. Toutes les membranes de cet appendice, plus ou moins injectées de sang, étaient gangrenées dans un point que nous avons déjà indiqué (*fig.* 1. HH.) Après avoir long-temps examiné les parties, nous vîmes même une petite perforation à travers laquelle on aurait pu introduire la tête d'une grosse épingle; mais ne l'ayant pas aperçue lors de nos premières recherches, il est possible qu'elle ait été produite par le frottement ou un léger tiraillement que les parties ramollies auront éprouvé lorsque nous avons enlevé la pièce du cadavre, quoique cette extraction ait été faite avec beaucoup de soin.

Un autre appendice (*figure* 2. FF.), également terminé en cul-de-sac comme un doigt de gant, long de 18 lignes environ, *libre et flottant dans la cavité de l'iléon*, naissait dans un point de la circonférence de l'orifice de communication du diverticule iléal externe, avec la cavité de l'intestin grêle. Cet appendice intérieur formait un petit canal cylindrique de quatre lignes de hauteur, dont les parois enflammées étaient uniquement composées de deux prolongemens de la membrane muqueuse accolés et unis par du tissu lamineux très-serré.

La partie de l'intestin grêle, située au-dessus du diverticule iléal, distendue par des gaz très-fétides, contenait de la bile et une très-petite quantité de matières fécales liquides. Le tissu cellulaire sous-péritonéal et même toutes les tuniques de cette partie de l'intestin présentaient une

injection sanguine extrêmement remarquable. L'estomac était peu enflammé ; on distinguait cependant quelques taches rouges à la portion splénique de la membrane muqueuse de ce viscère. Le foie, la vésicule du fiel, la rate, les reins, les uretères, la vessie, la matrice et ses dépendances, étaient dans l'état sain. Le gros intestin et, en particulier, le cœcum garni de son appendice, étaient bien conformés, et ne contenaient point de matières fécales.

Les organes renfermés dans la poitrine et dans le crâne, qui n'avaient point présenté de désordres fonctionnels pendant la vie, ne furent point examinés.

§. II. L'origine de ces diverticules (observés par Riolan, Weitbrecht, Ruysch, Bartholin, Morgagni, Haller, etc. et étudiés d'une manière plus spéciale par Bose (1), a été le sujet de plusieurs hypothèses. Regardés par J. F. Meckel, Tiedemann, comme le produit d'une séparation irrégulière de la vésicule ombilicale, qu'ils supposent communiquer avec l'iléon chez le fœtus ; ces appendices sont attribués par Fleischmann et quelques autres anatomistes à une force plastique trop active, à un développement irrégulier et en plus du systême vasculaire, et rattachés aux vices de conformation *par excès*. Ils naissent presque toujours de la partie inférieure de l'intestin grêle ; M. J. F. Meckel prétend même que, sur cent exemples pris au hasard, 99 ont été rencontrés sur l'iléon.

L'existence de ces appendices n'est accompagnée pendant la vie d'aucun phénomène particulier. Mais s'ils s'entortillent par hasard autour d'une portion d'intestin, ou s'ils contractent une adhérence par leur extrémité libre, de manière à constituer une arcade ou un anneau, une portion plus ou moins considérable de l'intestin ou de l'épiploon peut s'engager dans cette ouverture, devenir

(1) *Prog. de Diverticulis intestinorum.* Leip., 1779. Resp. Trautner.

le siège d'un étranglement, ou apporter un obstacle au cours des matières fécales.

Sandifort (1), Moreau (2), Moscati (3), Duvignau (4), MM. Bougon et Béclard (5), etc., ont publié des exemples d'*étranglemens internes*, produits par ces diverticules. Ces précieux matériaux devront être consultés par ceux qui chercheront à connaître les circonstances qui déterminent les *adhérences* et les *entortillemens* de ces appendices, etc. L'observation que je viens de rapporter permet de se faire d'autres questions, plus faciles à résoudre, et que, par cela même, je crois devoir examiner de préférence :

1.° L'existence d'un obstacle autour des matières fécales devait-elle être admise chez M.me L...., *avant qu'elle eût vomi ces matières ?*

2.° Dans l'affirmative, fallait-il chercher à lever cet obstacle par une opération chirurgicale ?

3.° En admettant la nécessité de cette opération, à quelle époque aurait-elle dû être pratiquée ?

Je réponds *affirmativement* à la première question. Un *obstacle* au cours des matières fécales peut seul déterminer la réunion des symptômes suivans que nous avons observés : « Douleur abdominale, rapidement survenue chez un individu en bonne santé ; très-aiguë, continue, circonscrite dans l'espace de *deux pouces de diamètre* vers la fosse iliaque droite ; accompagnée de vomissemens qui se succédaient avec une rapidité effrayante, *sans garderobes*, malgré des lavemens répétés. Rejet de toutes les boissons, même prises par cuillerées, *sans douleurs à l'épigastre* qui supporte facilement une forte pres-

(1) *Obs. Anat. path. — Mus. anatom.*
(2) *Journal de Médecine*, N.° IV, 1790.
(3) *Mémoires de l'Acad. royale de Chirurg.*, in-4.°, tom. III, p. 468.
(4) *Idem*, tom. IV, pag. 236.
(5) *Bulletins de la Faculté de Méd. de Paris*; in-8.°, 1816, pag. 250.

sion ; en même temps, *forme et dimensions naturelles* de l'abdomen qui n'est ni tendu, ni balloné, et non douloureux, hors le point affecté ; pouls petit, dur, fréquent et enfoncé ; vomissemens *bilieux* et excrétion libre de l'*urine ;* absence de hernie ou d'un pincement de l'intestin à l'ombilic, à la ligne blanche, aux anneaux suspubiens, et aux canaux cruraux ; persistance des accidens avec rémission, sous l'influence du traitement antiphlogistique ; *douleur locale* très-circonscrite, calmée constamment par les émissions sanguines, renaissant quelques heures après (*le reste du ventre restant souple*), montrant une ténacité tout-à-fait disproportionnée à sa petite étendue, et rendue inexplicable par l'activité du traitement. »

En effet, dans une *péritonite* le ventre n'eut point conservé sa forme habituelle ; une aussi petite surface du péritoine enflammé n'aurait pas occasionné des douleurs aussi atroces et des vomissemens aussi répétés : on aurait pu déterminer des gardes-robes par les lavemens. Dans une *gastro-entérite* sans obstacle au cours des matières, la douleur de l'intestin n'est jamais aussi aiguë ; des vomissemens aussi répétés n'ont pas lieu sans douleur à l'épigastre, surtout à la pression. Un *calcul* engagé dans l'uretère droit aurait suspendu ou diminué l'excrétion de l'urine, ce qui n'avait pas lieu. Le passage d'un *calcul biliaire* dans le canal cholédoque ne pouvait coïncider avec des vomissemens bilieux aussi abondans. Une *perforation*, une *rupture* de l'estomac, de l'intestin ou de la vessie, auraient été précédées d'une inflammation de ces organes, ou déterminées par une cause physique appréciable : elles auraient été promptement suivies d'une péritonite dont la marche eut été plus rapide. Les inflammations du foie, de la rate et du pancréas n'ont jamais produit de symptômes analogues à ceux que nous observions. Il me semble donc que, s'il se présentait une semblable réunion de circonstances, on serait autorisé à penser,

lors même qu'il n'y aurait pas eu de vomissemens de matières fécales, qu'il existe un *obstacle au cours de ces matières.*

Sur *la seconde question*, les chirurgiens les plus habiles ont été d'opinions différentes. Barbette est le premier qui ait proposé d'ouvrir *les muscles* et *le péritoine* pour *dégager* l'intestin (1). Fred. Hoffmann (2) et Félix Plater (3), conseillent cette opération, *pourvu qu'il n'y ait point une inflammation abdominale très-considérable.* Hévin (4) et la plupart des chirurgiens modernes les plus célèbres, s'accordent pour en signaler les dangers et les difficultés. Un chirurgien distingué la pratiqua autrefois à la sollicitation de Nuck (5), et, à la prière de M. Réca-

(1) *An non etiam præstaret, facta dissectione musculorum et peritonæi, digitis susceptum intestinum extrahere quam morti ægrotantem committere?* (Paul Barbette, *Oper. Chirurgico-Anatom.*, 1672, *de abd. part. int.*, *lib. X*, *cap. II.*)

(2) *Diss. med. de pass. iliac.*, §. 27.

(3) *Prax.*, *tom. II*, *cap. XIII.*

(4) *Mém. de l'Acad. royale de Chir.*, tom. IV, pag. 201.

(5) Voici le fait rapporté par Velse. « Une femme de cinquante ans, épuisée par les accidens cruels de la passion iliaque, n'ayant eu aucun soulagement des différens remèdes qu'on lui avait administrés, tels que lavemens, fomentations, cataplasmes, application réitérée de grandes ventouses sur le bas-ventre, par les conseils de Nuck; ce praticien, des plus savans, soupçonna enfin que la maladie venait d'une intussusception de l'intestin. Il engagea un chirurgien très-habile à faire une ouverture au côté gauche du ventre, à quatre travers de doigts de l'ombilic, en descendant obliquement vers la partie postérieure et inférieure, pour tirer les intestins qu'on aurait grand soin de fomenter avec du lait tiède, afin de chercher le siège du volvulus; ajoutant qu'on dégagerait doucement l'intestin, et qu'après l'avoir replacé on ferait la suture à la plaie. On suivit le conseil de Nuck; et il eut tout le succès qu'on s'en était promis. Car à peine le chirurgien eut-il tiré les intestins, que, par le plus heureux hasard il rencontra la partie intestinale, où était la source de tous les symptômes que présentait la malade. Il n'y avait encore ni inflammation, ni adhérence. Il dégagea les parties après les avoir graissées avec beaucoup d'huile; et enfin, ayant fait convenablement la réduction, il pratiqua la gastroraphie, suivant le plan qui avait été arrêté. On donna d'abord à la malade des lavemens émolliens qui rétablirent les évacuations du ven-

mier, M. Dupuytren l'a tentée dans ces derniers temps (1).

Personne n'a mieux exposé que ce célèbre chirurgien (2), le petit nombre de chances favorables qu'offre la gastrotomie, ainsi pratiquée dans le but de rechercher des étranglemens internes et de les détruire. Cependant lorsque j'opposais la *possibilité* d'un succès à la *certitude* d'une mort prochaine, j'inclinais, je l'avoue, en faveur d'une opération dont je n'ai pas à regretter aujourd'hui l'exécution. En effet, supposons que le vendredi, 8.e jour de la maladie de M.me L...., époque à laquelle l'emploi des saignées avait été tellement répété qu'il paraissait constant qu'on ne pouvait plus rien espérer de ce moyen ni du traitement antiphlogistique, on se fût déterminé à tenter la gastrotomie. Elle eût offert certainement, au moment de la pratiquer, un plus grand nombre de chances favorables qu'il ne s'en présente ordinairement; car 1.° la malade était pleine de courage; 2.° *le siége de l'obstacle était clairement indiqué*; 3.° *l'inflammation était bor-*

---

tre; le rétablissement des forces en entretint bientôt la liberté. La malade, tirée par cette opération des bras de la mort, jouit peu de temps après d'une santé parfaite, et a survécu plus de vingt ans. »

(1) M. Dupuytren, disent MM. Bégin et Sanson, a tenté une fois cette opération (la gastrotomie), à la prière de M. Récamier, chez un malade traité par ce médecin, et qui avait une torsion de l'intestin autour du mésentère. M. Dupuytren inclinait à faire l'opération du côté droit du ventre. M. Récamier opina pour qu'elle fût pratiquée à gauche. Une incision fut faite, suivant les indications fournies par le médecin traitant sur le côté gauche du ventre. Il existait déjà une péritonite avec épanchement de pus dans le péritoine. L'étranglement ne fut pas trouvé : il avait son siége au côté droit. Le malade succomba. (Sabatier, *Médecine-Opératoire*, nouvelle édition, 1824, tome III, p. 480.)

On a cité une troisième opération rapportée par Th. Bonet (*Sepulchretum anatomicum*, lib. III, sect. XIV, *de Dolore iliaco*.) Mais lorsqu'on pèse attentivement les expressions de cette courte relation, et qu'on réfléchit qu'elle a été communiquée à Bonet par un ministre de l'église de Genève, il est permis de supposer qu'il s'agissait peut-être seulement d'une opération de hernie.

(2) Sabatier, *Médecine-Opératoire*, nouvelle édition, 1824, tom. page 476.

née dans un cercle étroit, autour du point affecté. Mais, d'un autre côté, que de difficultés se seraient présentées lorsque les parois de l'abdomen, largement incisées, auraient mis le siège du mal à découvert! Eût-il été possible de déterminer, sans de longs tâtonnemens, ce qui formait cette bande transversale HH. (*voy.* la figure), sur le caractère de laquelle la dissection des parties a pu seule nous fixer? Le doigt, introduit sous cette arcade, aurait certainement fait connaître que cette disposition insolite était la cause du mal. Mais fallait-il se borner à dégager l'anse intestinale qu'elle semblait étrangler, en laissant subsister cette espèce de bride, et exposer la malade à de nouvelles chances d'étranglement dans le cas où elle survivrait à l'opération? Était-il préférable de chercher à distinguer, à l'aide de longues et douloureuses explorations, si cette bride était formée par un diverticule, par un appendice très-large du cœcum ou par l'intestin grêle? En supposant qu'on fût parvenu à déterminer que c'était un diverticule, la section de cet appendice eût entraîné une fistule stercorale. Dans une autre supposition, si l'on eût cru devoir essayer d'en détacher l'extrémité qui ne communiquait point avec la cavité de l'intestin, il eût peut-être été difficile de trouver le point de son adhérence. Enfin dans l'hypothèse où cette dernière manœuvre aurait été aussi habilement qu'heureusement exécutée, comment eût-on prévenu la réunion l'appendice iléal avec le péritoine enflammé, si on l'eût laissé libre dans la cavité du ventre? Eût-ce été le cas de retenir l'extrémité de ce diverticule entre les lèvres de la plaie......?? Notre infortunée malade était donc destinée à offrir un de ces cas rares qui attestent, encore aujourd'hui, à-la-fois l'impuissance de la médecine et de la chirurgie.

Notice sur une tumeur considérable née dans la fosse occipitale inférieure, qui a réduit l'hémisphère droit du cervelet à la moitié de son volume, et déterminé la cécité des deux côtés; par M. VINGTRINIER, *D.-M., chirurgien-adjoint des prisons de Rouen.* (*Lue à la Société de Médecine de Rouen.*)

LE système nerveux est depuis quelque temps l'objet d'une attention spéciale. Les physiologistes s'occupent avec ardeur de recherches sur l'encéphale, sur ses fonctions ou ses maladies, et des expériences qui viennent d'être faites sur les animaux paraissent avoir conduit à des connaissances nouvelles et positives, si l'on en croit deux mémoires qui offrent un grand intérêt sous le rapport des fonctions des diverses parties du cerveau; ce sont ceux de MM. Rolando et Flourens, qui se sont rencontrés dans leurs expériences comme dans leurs résultats.

Il résulte des travaux de ces expérimentateurs, 1.° qu'avec la perte des lobes cérébraux coïncide constamment la perte de la volition et des sensations; 2.° qu'avec la perte d'un seul lobe arrive celle de la vue de l'œil opposé; 3.° avec la perte du cervelet, la perte du saut, du vol, de la marche et de la station; 4.° avec celle de la moelle alongée, de la moelle épinière ou des nerfs, la perte des contractions musculaires, et par suite la perte des mouvemens, et enfin la mort.

M. Rolando dit textuellement (*Archives générales*, tom. 1.er, pag. 402): « qu'aucun mouvement régulier ne peut avoir lieu sans l'action des hémisphères du cerveau, siège de la volonté qui commande au cervelet, et dirige son action dans l'envoi du fluide moteur, et réciproque-

ment, que tous les efforts de la volonté sont nuls pour diriger l'exercice de l'organe de la locomotion, quand le cervelet *est détruit* ou qu'il est privé de *son activité.* »

M. Flourens dit dans le mémoire que j'ai cité plus haut : « J'ai expérimenté séparément chaque partie du système nerveux, j'ai séparé les propriétés de chacune d'elles, j'ai tour-à-tour reconnu et assigné le rôle des nerfs, celui de la moelle épinière, celui du cervelet, des tubercules quadrijumeaux, et des lobes cérébraux. Ce rôle présentement connu et assigné, tout le monde connaîtra la possibilité de déduire l'altération des parties, et réciproquement leurs lésions, ce qui est le but et la fin de toute physiologie, de toute pathologie; par exemple : *Qu'une blessure de la masse cérébrale détermine la perte de la marche et de la station, j'en conclus la lésion du cervelet.* »

Cette conclusion, et surtout l'exemple, rendent intéressant le fait que j'ai annoncé et qui nous fera connaître le résultat pathologique et physiologique d'une compression exercée sur l'un des lobes du cervelet, compression qui a réduit ce lobe à la moitié de son volume ordinaire; c'est pourquoi je les ai spécialement rappelés à l'attention de la Société. Voici ce fait : La fille Legrain, âgée de 35 ans, idiote de naissance, renfermée dans le quartier des aliénés de la maison de détention de Rouen, s'était toujours bien portée, lorsqu'elle se plaignit pour la première fois, dans le cours de janvier dernier, de souffrir de toute la tête, et d'être parfois troublée dans son sommeil par des douleurs. A-peu-près dans le même temps se développa une diarrhée considérable qui dura pendant quatre mois, disparut totalement pendant deux mois et demi, et enfin survint de nouveau à la fin d'août pour ne plus cesser. Pendant l'intervalle de cessation de la diarrhée, la fille Legrain reprit son embonpoint et ses habitudes ; elle se promenait, s'occupait,

omme auparavant; cependant elle continua de se plaindre de douleurs de tête, et surtout elle fixa notre attention en nous assurant que sa vue s'affaiblissait depuis ces douleurs. En effet, déjà les infirmières s'étaient aperçues que la fille Legrain voyait moins dans certains momens, et les yeux offraient les premiers signes de l'amaurose, l'iris avait perdu de sa contractilité, le regard avait l'aspect hébété de la paralysie, et la vue était presqu'éteinte. On voulut essayer de quelques remèdes, mais la malade s'y refusa toujours et en peu de temps elle perdit totalement la vue. Elle était dans cet état au mois de septembre, lorsque la diarrhée reprit avec force et conduisit la malade au tombeau deux mois après la rechute. Pendant tout le temps de sa maladie, et jusqu'à trois semaines avant sa mort, époque à laquelle la faiblesse de la malade la forçait de garder le lit, jamais la fille Legrain n'a montré la moindre trace de lésion dans le système locomoteur, aucune gêne dans les mouvemens; la céphalalgie persistante, la diarrhée, l'amaurose, furent les seuls symptômes que nous observâmes chez cette femme.

Autopsie cadavérique.—La présence d'une amaurose, la persistance des douleurs de tête qui accompagnaient cette maladie, m'engagèrent à diriger mes recherches nécroscopiques vers la tête, et je trouvai avec surprise une lésion considérable du cervelet, due à l'existence d'une énorme tumeur qui le comprimait. Le *cervelet* offre à remarquer, 1.° une injection des vaisseaux bien plus sensible à droite que de l'autre côté; 2.° une diminution de volume dans le lobe droit, répondant à la grosseur de la tumeur dont je vais parler, c'est-à-dire, de la moitié du volume ordinaire des lobes cérébelleux. Cette perte n'est sensible qu'à la face inférieure de ce lobe, et elle fait observer un grand changement dans les rapports du cervelet, la moelle alongée et la protubérance annulaire. 1.° On observe que la moelle

alongée est immédiatement appliquée contre le lobe gauche du cervelet au lieu de se trouver au milieu des deux lobes ; 2.° qu'il existe un écartement de quinze lignes entre la moelle alongée et le lobe droit, dans lequel on voit le prolongement cérébelleux, qui du cervelet se rend à la moelle, être agrandi en raison de la déviation de cette dernière, c'est-à-dire de moitié ; 3.° la protubérance annulaire est du côté de la tumeur applatie, et plus large que de coutume ; elle offre des sillons profonds dans lesquels ont été enfoncés des vaisseaux sanguins par la pression du polype. Le prolongement qu'elle reçoit du cervelet a dix-huit lignes , de l'autre côté il n'en a que six. 4.° la valvule de Vieussens est élargie, et ses fibres, qu'on aperçoit avec une rare facilité, laissent distinguer leur direction longitudinale ; 5.° les tubercules quadrijumeaux sont dans l'état ordinaire, ils n'offrent aucune altération de structure ni de forme.

La tumeur qui a produit les altérations du cervelet que je viens de noter, a son centre adhérent sur le golfe de la veine jugulaire, qui parait être le siège primitif de son développement, et elle s'étend beaucoup en dedans du crâne et en dehors. La partie externe a le volume d'une noix et est placée entre la colonne vertébrale et les muscles; son issue du crâne a lieu par le trou déchiré antérieur qui se trouve aggrandi aux dépens de l'os occipital, qui, à force d'usure, a perdu son condyle droit et un demi-pouce de la surface osseuse qui l'avoisine et de la partie correspondante du rocher. Dans la cavité cérébrale la tumeur dont je parle s'étend de l'apophyse clinoïde droite du sphénoïde, à la partie moyenne de la fosse occipitale, en arrière du trou de ce nom ; son volume est celui d'un petit œuf de poule , sa surface est mamelonnée et sillonnée; à droite, cette tumeur envoie un prolongement qui a usé le sinus mastoïdien et pénétré dans l'apophyse mastoïde jusqu'à la surface externe de l'os, ainsi que l'a dé-

montré un trait de scie qui a enlevé l'apophyse. Un second prolongement parcourt dans la longueur de dix-huit lignes le sinus latéral droit, en s'adaptant à la forme du canal et en n'y adhérant que par une seule ligne dans toute sa longueur; l'extrémité de ce prolongement est terminée en mamelon; à son milieu il envoie une petite ramification dans le sinus pétreux, qui s'en trouve rempli dans la moitié de son étendue sans y adhérer. L'existence de cette dernière ramification et du prolongement dont elle naît, nous confirme que pour s'y introduire et s'y étendre ainsi, il a fallu que la tumeur principale naisse dans la veine jugulaire. Au surplus, mon intention est d'insister moins sur la nature ou le siège de la tumeur que sur le volume et le résultat de la pression qu'elle a exercée sur les diverses parties du cerveau avec lesquelles elle était en rapport. Or, si les assertions de MM. Rolando et Flourens sont justes, en rapport avec notre organisation, une tumeur considérable qui comprimait fortement l'un des lobes du cervelet, et lui a fait perdre la moitié de son volume, ne devait-elle pas produire sur la locomotion un effet sensible? C'était la déduction de l'altération des parties, d'après cette conclusion si précise de l'un de ces physiologistes, qui dit : « qu'une lésion du cervelet détermine la perte de la marche et de la station. » Cependant la lésion pathologique que l'on connaît maintenant a eu un autre effet; le seul sensible, malgré la lésion extraordinaire de l'organe auditif, du cervelet, la déviation de la moelle alongée, l'applatissement de la protubérance annulaire et l'alongement excessif des bras du cerveau, l'intégrité des tubercules quadrijumeaux; cet effet, dis-je, a été une cécité lentement devenue complète.

Ce fait prouve 1.°: que la locomotion a pu n'être aucunement gênée malgré un déplacement, une pression et une diminution considérables dans le volume de l'organe qui y préside, selon les physiologistes cités; 2.° que mal-

gré le rôle assigné aux diverses parties du cerveau par ces savans, *tout le monde* ne connaîtra pas aussi facilement que le fait espérer M. Flourens : « La possibilité de déduire l'altération des tissus, et réciproquement leur lésion, ce qui est le but et la fin de toute physiologie et de toute pathologie. » Toutefois, il est possible que ces deux conséquences du fait dont il s'agit, ne soient qu'une exception à la règle découverte par les nombreuses et curieuses expériences de MM. Rolando et Flourens, que ce fait infirme fortement : cependant j'avoue que, malgré leur caractère de vérité, l'on est forcément jeté dans le doute si l'on prend en considération les expériences et les faits d'anatomie pathologique et de maladie, que M. Gall a rassemblés dans ses réflexions sur le travail de M. Flourens, ainsi que les expériences qui ont été répétées par M. Fodéra, en présence de plusieurs médecins distingués. On sait, en effet, que les conséquences de ces faits et de ces expériences ne s'accordent pas avec celles des deux premiers physiologistes : or, cette dissidence, qui n'est pas la première, ne fait-elle pas craindre que toutes ces mutilations soient plus propres à induire en erreur qu'à favoriser les progrès des sciences dans l'intérêt desquelles elles sont faites ? Depuis quelque temps nous avons eu plusieurs fois l'occasion de le penser.

Observations et considérations nouvelles sur l'oblitération des veines, regardée comme cause d'hydropisie ; par M. J. Bouillaud, *D.-M.-P.*

Dans un travail publié dans ce Journal (tome II, page 188), j'essayai de prouver, par des faits nombreux, que la plupart des hydropisies dites *passives*, dont les

auteurs attribuaient la cause à une *débilité générale*, à une *atonie* des vaisseaux lymphatiques, dépendaient réellement d'un obstacle à la circulation veineuse. Je rapportai des observations dans lesquelles l'hydropisie avait coïncidé avec *l'oblitération des veines* de la partie qui en avait été le siége. Je fis voir que les hydropisies *partielles* ne pouvaient point s'expliquer en admettant l'opinion commune sur leur cause, et que leur mécanisme était au contraire très-facile à concevoir dans la théorie que je proposais. En effet, comment concevoir une hydropisie *locale*, en adoptant l'opinion de ceux qui veulent que les hydropisies passives soient produites par une débilité générale? Cette localisation de l'hydropisie qui sape en quelque sorte les fondemens de leur théorie, s'explique d'elle-même d'après l'opinion que j'ai proposée. Suivant cette opinion, la cause de l'hydropisie locale est également locale et consiste dans l'impuissance où se trouve le système veineux de la partie malade, d'absorber la sérosité. Pour donner à mes idées la force de la vérité, il fallait les appuyer sur des faits recueillis avec soin; or, je prouvai, par des observations qui m'étaient propres et par d'autres puisées dans les auteurs : 1.° que dans les cas où l'infiltration avait occupé les deux membres inférieurs, il existait une oblitération du système veineux de ces deux parties; 2.° que l'oblitération se bornait à un seul membre lorsque l'hydropisie s'y trouvait également bornée; 3.° que l'oblitération de la veine-porte entraînait une hydropisie ascite pure et simple, ce qui se concevait parfaitement en réfléchissant que le système de la veine-porte, indépendant du système veineux général, est pour le péritoine et la plupart des organes abdominaux, ce que sont les veines crurales pour les membres inférieurs, et que par conséquent le mécanisme de cette ascite était absolument le même que celui de la leucophlegmatie.

Lorsque je publiai mon Mémoire, je ne possédais au-

cune observation propre à constater que l'œdème des membres supérieurs pouvait être causé par l'oblitération de leurs principales veines. Plus heureux aujourd'hui, je vais en rapporter quatre.

I.re *Obs.* (*Recueillie par M. Lebidois, D.-M. à Caen.*) La femme Blancher, âgée de 32 ans, blanchisseuse, bien et fortement constituée, s'aperçut, dans l'été de 1820, que son haleine devenait de plus en plus courte, qu'elle s'essoufflait au moindre exercice et qu'elle ne pouvait dormir qu'ayant la tête très-élevée. Dans l'hiver de 1822, elle eut une attaque d'apoplexie dont les accidens se dissipèrent assez promptement et d'eux-mêmes. Une nouvelle attaque eut lieu le printemps suivant : ses symptômes se dissipèrent au bout de huit jours, mais les signes de maladie du cœur se prononcèrent de plus en plus, et la femme Blancher entra à l'Hôtel-Dieu de Caen vers le milieu de l'été de 1823. Malgré l'emploi des saignées et des autres moyens les plus convenables, l'état de la malade avait empiré lorsqu'elle sortit de l'hôpital le 25 septembre. Elle y rentra plus souffrante le 10 octobre suivant. A cette époque, l'œdème était très-considérable; non-seulement les membres abdominaux, les régions lombaire et sacrée, etc., mais encore tout le membre *thoracique droit; le col et la face du même côté* sont infiltrés à un haut degré; la clavicule droite a disparu sous le gonflement; du côté gauche, nulle infiltration à ces mêmes régions; les veines jugulaires sont constamment gonflées et saillantes, dyspnée très-intense, etc. La malade fut inutilement soumise au traitement le plus rationel, elle succomba le 24 octobre, 15 jours après sa rentrée à l'hôpital. M. Lebidois fait remarquer que l'infiltration des membres abdominaux, de tout le membre thoracique droit, du col et de la face du même côté devint excessive, sans que rien de semblable se soit manifesté aux mêmes parties du côté gauche.

Autopsie cadavérique 24 heures après la mort. — L'abdomen contient une grande quantité de sérosité ; le péricarde en contient aussi ; le cœur est environ trois fois aussi gros que le poing du sujet. *La veine sous-clavière droite adhère à la première pièce du sternum, à la clavicule et aux parties molles voisines par un tissu cellulaire blanchâtre, dense et serré; cette veine, à partir du point où elle se réunit à la sous-clavière opposée pour former la veine-cave supérieure, est dure, rétrécie et constitue une sorte de corde de la grosseur du petit doigt; ses parois sont épaisses, denses, blanchâtres, à-peu-près comme celles d'une artère du même calibre; sa cavité est obstruée par un caillot solide, fibrineux, très-adhérent à la surface des parois où il laisse des granulations saillantes que l'on prend d'abord pour une altération du vaisseau, mais qui se détachent complètement; si l'on râcle légèrement avec le scalpel, il laisse voir la membrane interne lisse et saine; toutes les veines qui se déchargent dans la sous-clavière oblitérée sont dures et gonflées, principalement la jugulaire interne, qui est renflée en fuseau et grosse comme le pouce; l'intérieur de ces vaisseaux, jusqu'à la distance de quelques travers de doigt, en s'éloignant de leur embouchure dans la sous-clavière, est rempli exactement par un caillot fibrineux, compacte, alongé, au-delà duquel se présentent des caillots noirâtres, gélatiniformes, qui diminuent de consistance à mesure que l'on s'éloigne.* Un stilet introduit de haut en bas dans la sous-clavière malade, pénètre sans difficulté par le centre ramolli de son caillot, quoiqu'il n'y ait pas de canal distinct; au-dessous de cette oblitération, la veine cave supérieure a son calibre ordinaire, et la sous-clavière gauche s'y décharge librement. On trouva dans l'un et l'autre corps strié un épanchement apoplectique, etc.

Dans cette observation, on voit que l'œdème n'occupait que le membre dont les veines étaient oblitérées. On

voit en même temps que l'infiltration ne s'était étendue qu'au côté droit du col et de la face ; phénomène bien remarquable, qui s'explique parfaitement par l'oblitération de la jugulaire interne et de toutes les veines qui se déchargeaient dans la sous-clavière oblitérée.

II.e Obs. (*Recueillie par M. Senn*). — Une jeune fille de 18 ans, blanchisseuse, d'une constitution forte et vigoureuse, éprouvait depuis deux ans, des douleurs dans l'épaule droite, lorsqu'elle entra à l'Hôtel-Dieu, le 19 juillet 1820; elle portait à l'épaule droite une tumeur indolente du volume d'une noix. Cette fille, ayant refusé l'opération qui lui fut proposée par le chirurgien en chef de l'hôpital, ne tarda pas à sortir; mais elle rentra le 26 octobre 1822. La santé générale ne semblait nullement altérée. La tumeur avait le volume de la tête d'un fœtus à terme, et occupait la partie postérieure et externe de l'épaule et du bras, depuis l'acromion jusqu'à l'insertion inférieure du deltoïde, et depuis le bord antérieur de ce muscle jusqu'à la partie antérieure de la fosse sus-épineuse: une autre tumeur qui semblait communiquer avec la précédente, était située dans le creux de l'aisselle, d'où elle s'étendait sous les muscles pectoraux qu'elle soulevait. Pendant le séjour de la malade, voici les phénomènes principaux qu'on observa. Le membre était engourdi, douloureux, infiltré, la malade cracha une grande quantité de sang veineux, ce qui fit prescrire une saignée. La saignée n'arrêta point l'hémorrhagie: on remarqua au contraire qu'il s'écoulait du sang par l'incision de cette saignée. Le sang qui coulait par la bouche provenait d'une alvéole. La compression et la cautérisation furent vainement employées. La tumeur poursuivait ses progrès et se prolongeait vers le cou et la tête, lorsque la malade uccomba le 13 décembre, environ six semaines après son entrée.

Autopsie cadavérique. — Le corps conservait de l'em-

bonpoint : *La face, le col, les membres supérieurs*, surtout ceux du côté droit, étaient infiltrés. L'oreillette droite était remplie, en grande partie, par un caillot mou, comme gélatineux, contenant, à son centre, des vésicules remplies d'un liquide à demi-concret, parcouru par mille vaisseaux injectés en rouge vif ou noir. Cette concrétion polypiforme remontait dans les veines cave supérieure, sous-clavière et jugulaire droites, et se confondait en quelque sorte avec leurs parois fortement dilatées. Ses adhérences avec la membrane interne finissaient à l'embouchure de la veine cave dans l'oreillette: là, cette concrétion n'avait aucune connexion et se prolongeait à travers l'orifice auriculo-ventriculaire droit, dans le ventricule correspondant. La veine axillaire droite était également oblitérée. L'orifice de la veine cave inférieure était libre: l'artère pulmonaire l'était également, et d'ailleurs parfaitement saine ainsi que le cœur gauche et l'aorte.

Dans cette observation si intéressante on voit, comme dans la précédente, que l'infiltration affecte le membre dont le système veineux est imperméable. Seulement le membre opposé est aussi un peu œdémateux, ce qui se conçoit facilement puisque la veine cave supérieure, elle-même oblitérée, ne pouvait plus recevoir et transmettre au cœur le sang des veines de ce membre, circonstance qui équivaut, jusqu'à un certain point, à l'oblitération même de ces veines.

L'obstacle au cours du sang veineux chez cette malade était si grand qu'il en résulta non seulement une hydropisie partielle, mais une véritable hémorrhagie veineuse qui se montra rebelle aux moyens les plus énergiques et efficaces dans la plupart des autres cas d'hémorrhagie. Nous verrons dans l'une des observations suivantes, une attaque d'apoplexie qui paraît avoir été produite par une cause semblable. Tout le monde sait d'ailleurs que, dans

les cas de *maladie du cœur*, avec grand obstacle au cours du sang veineux, on trouve un engorgement de toutes les parties par ce liquide, une sorte d'*apoplexie* générale, si je puis m'exprimer ainsi.. Je suis persuadé que les hémorrhoïdes que l'on rencontre si souvent dans les maladie du foie, proviennent fréquemment de ce que le sang ne circule que très-difficilement dans le système de la veine-porte.

III.e *Obs.* (*Recueillie par M. Thibert*). — Bouvelet, âgé de 41 ans, d'un tempérament vigoureux et sanguin, ayant exercé la profession de bûcheron, puis celle de paveur, tomba tout-à-coup sans connaissance, dans le mois de septembre 1819 (il éprouvait déjà auparavant des symptômes d'anévrysme de l'aorte). Le malade reprit connaissance au bout de deux heures, mais le côté droit resta en paralysie incomplète. Cette paralysie disparut; deux ans après, cet homme perdit encore connaissance, revint à lui encore au bout d'environ deux heures, conservant une grande faiblesse dans les membres du côté droit, dont le supérieur s'œdématia, et était seul paralysé le 4 mai 1822, que le malade entra à l'hôpital de la Charité. — Il offrait alors des symptômes de *maladie du cœur ou de l'aorte*. Pendant les battemens du cœur, la partie supérieure du sternum, l'extrémité interne de la clavicule étaient soulevées avec violence: on sentait même au-dessus de ces parties, depuis la fourchette du sternum jusqu'à la réunion du quart interne de la clavicule avec ses trois quarts externes, une tumeur ovalaire et pulsative.... Envain on administra les secours les plus rationnels; les symptômes devinrent de plus en plus graves; *l'œdème reparut au membre thoracique, envahit le col et la face qui devint violette*, et le malade succomba le 5 juin au matin, conservant, au milieu de la plus grande anxiété, l'usage de son intelligence. A l'ouverture de son corps on trouva plusieurs lésions parmi lesquelles je ne relaterai que

celles qui nous intéressent spécialement. La crosse de l'aorte présentait trois dilatations anévrysmales distinctes, quoique très-rapprochées les unes des autres. Cette masse de dilatations comprimait le plexus brachial droit, *les vaisseaux correspondans*, la trachée-artère et l'origine des bronches. — Cette compression explique parfaitement deux des principaux phénomènes que présenta le malade, savoir: la paralysie du membre thoracique droit, et son infiltration. Peut-être aussi que la pression exercée par le triple anévrysme sur la veine cave supérieure, n'a pas été sans influence sur le développement des deux congestions apoplectiques, dont l'individu fut atteint. Il ne paraît pas que dans ce cas on ait examiné dans quel état se trouvait le sang des veines comprimées: ensorte que nous ignorons si elles étaient véritablement oblitérées ; mais leur compression est un fait certain, et cette seule circonstance suffit pour que l'observation soit propre à confirmer l'opinion dont nous avons pour but de démontrer la vérité.

IV.ᵉ *Obs.* (*Recueillie par M. le docteur Thibert*). — Sauvage, Étienne, commissionnaire, âgé de 36 ans, d'un tempérament robuste et sanguin, sujet à des épistaxis, éprouva dans le mois de janvier 1817, la plupart des symptômes que le vulgaire a coutume de désigner sous le nom d'*asthme*. Cet homme entra à l'hôpital de la Charité le 17 mars suivant. Sa *face était alors pâle et bouffie*, ses crachats étaient striés de sang, et l'on observait d'ailleurs les principaux signes d'*une maladie du cœur*. De nombreuses et fortes saignées furent vainement pratiquées. Les symptômes s'aggravèrent, l'infiltration, d'abord bornée à la face, s'étendit aux membres supérieurs et devint bientôt générale (1) : la dyspnée était extrême, lorsque le malade succomba le 19 avril, un mois après son entrée.

(1) Le sang refluait abondamment dans les veines jugulaires.

Autopsie cadavérique. — Les vaisseaux du cerveau étaient engorgés; les ventricules cérébraux contenaient une certaine quantité de sérosité. Les poumons étaient sains; le cœur avait un volume extraordinaire, volume qui dépendait particulièrement de l'épaississement et de la dilatation des cavités gauches. Les cavités droites, outre du sang en caillots récens, contenaient des gâteaux de matière fibrino-albumineuse, adhérente aux parois par des filamens qu'on est obligé de rompre pour la séparer, *se prolongeant dans la veine cave supérieure et surtout dans l'inférieure où elle descend très-bas, et disposée dans le cœur de manière à obstruer presque l'orifice de l'artère pulmonaire:* on la retrouve bien moins abondante dans les cavités gauches: du reste rien, de remarquable dans les principaux troncs artériels.

Ainsi, dans cette dernière observation l'infiltration a d'abord occupé les parties supérieures, et nous trouvons la veine-cave supérieure remplie par une matière fibro-albumineuse. Plus tard, l'infiltration envahit les membres inférieurs et devient générale. Cela ne doit pas nous étonner, puisque la concrétion indiquée se prolongeait fort bas dans la veine-cave inférieure, et *obturait* presque entièrement l'orifice de l'artère pulmonaire. Il suit de là que l'hydropisie a dû devenir générale, puisque l'obstacle à la circulation existait au centre même, ou, comme je l'ai dit dans mon mon premier mémoire, au confluent du système veineux.

Ces nouvelles observations achèveront, je l'espère, de porter la conviction dans l'esprit de ceux qui pourraient conserver encore quelque doute sur la vérité des idées que j'ai proposées relativement à l'étiologie, ou, si l'on veut, à la physiologie des hydropisies appelées passives. Quant à l'ancienne doctrine sur la cause de ces maladies (*débilité*, *atonie des vaisseaux lymphatiques*), elle est évidemment inadmissible. D'abord ce n'est point

une explication, car ces mots, débilité, asthénie, ayant de servir à expliquer d'autres phénomènes, auraient grandement besoin d'être expliqués eux-mêmes, en sorte que les employer comme moyens de solution d'un problème, c'est seulement substituer une inconnue à une autre. Mais on dira que la théorie proposée est tout hydraulique: qu'importe? si elle est l'expression des faits et des observations. Elle n'a d'ailleurs encore été attaquée par aucune objection solide. Quelques médecins à la discussion desquels elle a été soumise, ont prétendu que les hydropisies que j'attribue à un obstacle dans la circulation veineuse, pouvaient tout aussi bien *s'expliquer* par un obstacle analogue, existant dans le système lymphatique. Ceci n'est qu'une hypothèse qu'il faudrait prouver par des faits. Mais d'ailleurs, il suffit de la moindre réflexion pour sentir combien cette hypothèse est peu fondée. En effet, le liquide qui constitue l'hydropisie, n'est nullement de la lymphe: certes, si c'en était, les physiologistes ne se plaindraient pas de ne pouvoir recueillir pour leur observation que quelques atômes de lymphe, puisque certaines hydropisies ascites leur en fourniraient plusieurs kilogrames; de plus, dans les ascites que j'ai attribuées à l'oblitération plus ou moins complète du système de la veine-porte, et dont j'ai rapporté des observations, les vaisseaux lymphatiques abdominaux ne sont soumis à aucune compression, sont parfaitement libres; donc on ne peut pas considérer l'hydropisie comme le résultat d'une gêne dans la circulation de la lymphe. En voilà bien assez pour réfuter une objection qui ne mérite vraiment pas une attention sérieuse.

Dans les lectures que j'ai faites depuis la publication de mon premier travail, j'ai vu plusieurs passages favorables à l'idée principale qui en fut l'objet. Ainsi Morgagni, dans sa 43.me lettre, pag. 80 et suivantes (1), explique l'hydro-

(1) Édition de MM. Desormeaux et Destouet.

cèle par un obstacle dans le cours du sang des veines spermatiques. Ainsi, M. Hodgson, dans des cas d'affections tuberculeuses très-étendues des poumons, a trouvé les branches des veines pulmonaires remplies de coagulum, circonstance qui servirait à expliquer certains hydrothorax; ainsi, dans un mémoire sur la *Phlegmasie dolente* des femmes en couche. M. David Davis, en Angleterre, a fait voir que cette maladie consistait en une inflammation des veines crurales, dont la cavité pleine de sang coagulé et de pus, ne pouvait plus entretenir la circulation du membre, ce qui donnait lieu à l'infiltration de cette partie. J'avais rapporté moi-même dans mon premier travail, deux observations d'œdème de cette espèce, et j'avais dit que MM. Chaussier, Meckel et Travers en avaient recueilli de semblables. Je ne connaissais pas alors celles de M. Davis.

Enfin, dans l'ouvrage classique de M. le professeur Béclard, sur l'anatomie générale, j'ai vu que ce célèbre anatomiste avait souvent rencontré de grandes infiltrations coïncidant avec l'oblitération des veines. Le même auteur ajoute que ce phénomène n'a pas été constant. Mais cette circonstance ne nuit en rien à notre manière de voir. Nous savons, en effet, que la circulation veineuse, comme la circulation artérielle, peut, au moyen d'une circulation collatérale, se rétablir, quand des troncs principaux ont cessé d'être perméables; de sorte que les faits exceptionnels, loin de l'affaiblir, ne font que confirmer la loi générale en vertu de laquelle un obstacle à la circulation veineuse est suivi d'une hydropisie plus ou moins considérable.

Je terminerai ce travail par une seule observation qui me paraît importante. J'avais avancé, dans mon premier mémoire, que l'embarras du cours du sang veineux était nécessaire pour le développement de l'hydropisie, et que les obstacles à la circulation artérielle ne la produisaient

que secondairement, quand elle coïncidait avec eux. Je ne rapportai aucun fait à l'appui de cette opinion; il m'eût été facile de le faire. Je trouve, à cet égard, deux nouvelles observations très-précieuses dans l'ouvrage de M. le docteur Rostan, sur le *Ramollissement du cerveau*. Dans la première de ces observations, l'artère brachiale *était oblitérée*, et il n'existait point d'infiltration; dans l'autre, c'était l'artère fémorale qui était oblitérée, et toujours sans aucune trace d'infiltration. Dans l'un et l'autre cas, au contraire, il existait une paralysie dépendante de l'absence du sang artériel dans les membres; nouvelle preuve que l'hydropisie n'est pas, comme on le croyait, le résultat de *l'atonie* et de la *débilité;* car, dans les deux cas en question, les membres se trouvaient aussi *débiles que possible*, et cependant ils n'étaient pas infiltrés.

MEDECINE ÉTRANGÈRE.

Recherches sur l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés; par le professeur G. BAPT. PALLETTA. (*Mémoire lu à l'Institut de Milan, dans sa séance du 7 août* 1823); *traduit des Annales Universelles de Médecine, de novembre et décembre* 1823, *par* E. M. BAILLY.

« Dans une des séances de l'année dernière, notre illustre collègue le docteur Carminati a lu un long discours sur cette maladie des enfans; il y a fait connaître que, pendant dix ans, vingt nouveau-nés environ, de Milan, furent observés atteints de l'endurcissement du tissu cellulaire; que pendant les années 1814 et 1815 le nombre des enfans malades fut doublé; que cette maladie ne fut bien connue de nos médecins qu'après l'année 1780; enfin, que jusqu'à cette époque on ne savait à quel genre de ma-

ladie la rapporter, et que tantôt elle fut confondue avec le trismus ou le tétanos cutané, tantôt avec l'érythême, les engelures ou l'œdème. Je ne veux point m'arrêter sur les opinions qu'on a émises à cet égard, je dirai seulement que M. Chaussier a désigné cette maladie sous le nom de sclérome (de σκληρος, dur), et qu'il ne regarde point le froid et la dureté de la peau, comme un effet du froid reçu du dehors, ou de la congélation de sucs lymphatiques, mais qu'il le considère comme un œdème dur. Cette opinion nous paraît d'autant mieux fondée que nous avons observé cette maladie le plus souvent en automne et au printemps, et quelquefois même pendant l'été. Carminati et Zambelli l'ont également vue au 1.er juillet 1822. Quoique tous les enfans forts et nés à terme en soient atteints, cependant cette maladie affecte plus particulièrement les enfans faibles, débiles et qui viennent avant terme, et cela par des motifs que nous exposerons plus bas. Les signes qui nous font connaître cette maladie sont si évidens qu'il n'y a pas de possibilité de se tromper. Les principaux sont le gonflement et la rigidité des tégumens qui recouvrent les pieds, les jambes, et même les cuisses, le ventre et quelquefois la poitrine, joints au refroidissement des membres auquel on peut difficilement remédier par des topiques chauds dont on les recouvre. La couleur rougeâtre, jaunâtre, livide de la peau, indique non-seulement l'affection du tissu cellulaire, mais encore celle de l'organe cutané. L'enfant ne veut point tetter et crie d'une manière faible et lamentable. La rigidité de ses membres l'empêche d'exécuter des mouvemens; son visage est contracté, sénile et stupide, la mort arrive avec le plus grand calme.

« J'ai cru que pour bien apprécier la nature de cette maladie, je devais l'étudier dans l'inspection des cadavres des enfans qui y succombaient, ce que j'ai exécuté avec le docteur Felix Billi, pendant les mois de décembre 1822, janvier et février 1823, sur des enfans venus à terme et

avant terme. La couleur de la peau est ordinairement jaunâtre, et plus profondément colorée en jaune s'il y a quelqu'affection du foie. Les joues et les tempes sont excavées, les extrémités roides, soit par l'action du froid, soit par la stase des liquides blancs dans les cellules de la membrane adipeuse. Ces humeurs sont rarement limpides; elles sont le plus souvent visqueuses et sont confondues avec de petits paquets en grappes, rudimens éloignés de la graisse. Dans un enfant âgé de huit jours, le tissu cellulaire se trouva endurci sans qu'il y eut une seule goutte de lymphe; il y avait, au lieu de ce liquide, du sang fluide amassé entre le tissu cellulaire et les muscles, de manière que la transparence des tégumens permettant de voir ce liquide, il en résultait une couleur livide de la jambe et du pied. Ces apparences extérieures ne sont que des effets superficiels de la maladie, qui a son siège dans les principales cavités du corps; et il serait difficile de distinguer, d'après des caractères particuliers, quelle cavité est plus affectée que l'autre, tant la chose est obscure dans ces petits êtres encore si peu développés. La tête est souvent maltraitée dans l'endurcissement cellulaire. Lorsqu'on enlève les tégumens du crâne on voit quelquefois les os du bregma pénétrés de sang, les membranes sous-jacentes sont injectées dans toute leur étendue, ainsi que la face externe du cerveau. Cependant la substance du cerveau conserve sa couleur naturelle; sa consistance est plutôt augmentée que diminuée. Les sinus et la plupart des troncs veineux qui rampent autour du pont de varole, du cervelet et de la moelle alongée, sont gorgés d'un sang noir. Les viscères de la poitrine sont généralement plus affectés; les poumons ne sont pas ordinairement bien développés; tantôt on trouve au milieu de leur parenchyme des amas de sang dur, noir, résistant à la pression et se précipitant au fond de l'eau; tantôt un des poumons est plus pénétré de sang que l'autre, surtout le

plus grand lobe, de manière que sa substance, plus dure et plus pesante, paraît comme hépatisée et va au fond de l'eau. Quelquefois un des poumons, surtout le droit, ayant été pénétré par l'air, est plus mou; cependant on y trouve encore des portions plus dures dans lesquelles l'air n'est pas entré. Quand le poumon droit est moins impregné de sang, le gauche en est plus chargé; il est alors pesant, noir, résistant. Néanmoins, en y insuflant de l'air, les vésicules se développent, le sang prend son cours et le poumon acquiert alors une belle couleur rouge; il ne reste plus à sa surface que quelques points noirâtres, produits par du sang qui n'a point été dissous. Il m'est arrivé de voir que, même chez des enfans venus à terme, les poumons étaient également noirs, mais que toujours le gauche l'était davantage; en y introduisant de l'air avec une force modérée, le sang ne prenait pas son cours; si on augmentait la force avec laquelle on pratiquait l'insufflation, on voyait rougir les vésicules pulmonaires, et la lividité disparaître; mais toujours il restait dans le parenchyme un petit noyau dur, indiquant que les vaisseaux n'avaient point été entièrement dégorgés de sang. Dans d'autres cas, excepté le sommet du poumon droit, tout le reste était tellement gorgé de sang que l'air n'y avait nullement pénétré, que les poumons n'avaient pu se développer et qu'en coupant leur parenchyme il s'en échappait beaucoup de sang noir; le cœur et les gros vaisseaux participaient à cette affection. Quand le poumon était impregné de beaucoup de sang, le cœur l'était moins; de manière que quelquefois le cœur et le péricarde étaient presque dans l'état sain. D'autres fois cet organe semblait d'un volume plus considérable qu'il ne doit l'être, et s'élevait entre les deux poumons; sa couleur était d'un rouge brun, les vaisseaux coronaires pleins de sang, les ventricules et les oreillettes livides; enfin tout indiquait une véritable cardite. Il y avait dans ses cavités beaucoup de sang non concrété. Tantôt l'o-

reillette droite fut trouvée vide et tantôt distendue par un sang fluide. Rarement le péricarde contenait de la sérosité. En général, tout le système veineux, c'est-à-dire les veines jugulaires, coronaires, la veine cave, la veine porte, les saphènes et les veines internes des jambes sont gonflées par un sang noir plus abondant que de coutume. Le bas-ventre n'est point exempt de cette stase du sang. Le principal viscère qui est altéré est le foie; il est souvent d'un rouge brun, de manière à paraître entièrement composé de sang noir. D'autres fois il est gonflé, tendu, plein de sang et comme prêt à s'enflammer; il parait quelquefois véritablement dans un état inflammatoire; sa couleur est noire, le sang dont il est impregné le rend tellement dur qu'on peut dire que c'est un *foie hépatisé*. Cet organe a d'autant moins de sang qu'il y en davantage dans la tête ou dans la poitrine. Il arrive alors qu'à raison de la congestion de la tête et des poumons, le cœur et le foie paraissent plus pâles qu'à l'ordinaire et sans aucune altération. Lorsque le foie est dans un état voisin de l'inflammation, les intestins participent à cet état; il y a alors de la sérosité blanche ou rougeâtre dans la cavité de l'abdomen ou bien le sérum s'épanche dans les cellules du péritoine.

« Cet état pathologique des principaux viscères étant signalé, on se demandera quelles en sont les causes, et pourquoi le sang reste ainsi épanché dans les organes des trois cavités? Si on se borne à remarquer les apparences extérieures, si on ne tient compte que de la rougeur, que du nombre extrêmement grand de vaisseaux rendus visibles par l'injection, on criera de suite à l'inflammation. Mais quelle cause lui attribuera-t-on; sera-ce le froid qui s'oppose à la dilatation des poumons par l'air? ou bien la circulation serait-elle interrompue par la promptitude avec laquelle les sages-femmes lient et coupent le cordon ombilical, de sorte que le sang accumulé dans la veine ombilicale, et porté de là rapidement dans l'artère pul-

monaire, est obligé de s'arrêter dans les plus petits lobules, dans les plus petites veines, et dans les espaces cellulaires des poumons?

« Je me suis déjà assuré, par plusieurs observations que j'exposerai ailleurs, que les poumons d'un nouveau-né ne se dilatent pas tout d'un coup, c'est-à-dire, que l'air ne passe pas en même temps dans tous les lobules, et qu'il s'écoule au moins huit jours avant que ce fluide ait pénétré dans toutes les cellules des deux poumons. J'ai eu des preuves manifestes de l'assertion émise par le célèbre Portal (1), que le poumon droit respire le premier. Le tuyau bronchique droit est d'un quart plus gros que le gauche; celui-ci est plus long d'un cinquième; il est plus incliné et plus postérieur que le droit, qui, dans l'enfant nouveau-né et à terme, est plus élevé et plus en avant qu'il ne l'était avant la naissance. Le tuyau bronchique droit se meut librement dans la cavité de la poitrine; le mouvement du thorax produit ou par l'air ou par l'abaissement des côtes, n'y apporte aucun obstacle. Le gauche étant en contact avec l'aorte, n'a plus la même liberté si ce vaisseau est trop distendu; il peut s'opposer à la libre entrée de l'air dans le poumon gauche..................

» Or, si chez le nouveau-né à terme, qui respire, l'air entre d'abord dans le poumon droit, et principalement dans quelques-uns des lobules du sommet, qu'arrivera-t-il si l'enfant ne respire point du tout ou que faiblement, comme cela a lieu chez les avortons auxquels on lie de suite le cordon ombilical? Il arrivera que cette ligature empêchant la sortie du sang des artères ombilicales, et que la veine ombilicale ne recevant plus de sang du placenta, ce liquide, qui est resté dans le tronc de la veine ombilicale et dans le canal veineux, ne pourra se décharger librement dans l'oreillette droite, car ayant perdu son

(1) *Mémoires de l'Académie des Sciences*, an 1769.

mouvement progressif, il est repoussé par celui qui descend de la veine cave supérieure; il est obligé de rétrograder et de s'épancher dans le parenchyme du foie, qui sera alors le siége d'une espèce de phlogose.

» De même les poumons étant d'abord pleins de sang, puisque l'air ne les a point encore dilatés, et en recevant encore un peu par leurs propres artères et qui leur est parvenu par les veines-caves, deviendront d'autant plus durs et foncés en couleur qu'il pourra passer moins d'air dans leurs cellules après la naissance. La circulation externe, c'est-à-dire celle qui existait entre le placenta et le fœtus ayant cessé, et la circulation interne étant très-limitée et imparfaite, puisque les poumons imprégnés de sang sont incapables de remplir leurs fonctions, il en résulte que le sang doit s'arrêter en plus grande quantité soit dans les poumons, soit dans les vaisseaux du cerveau, soit dans le cœur, et produire ainsi l'apparence d'une inflammation. Il est vrai que quelques phénomènes s'opposent à ce qu'on regarde cette maladie comme une inflammation; tels sont la faiblesse, la rigidité des tissus, la torpeur, le froid irremédiable des membres abdominaux surtout; j'espère expliquer tous ces faits en me basant sur les considérations physiques et physiologiques suivantes. »

Ici l'auteur reproduit l'opinion de ceux qui supposent que la chaleur animale est seulement le résultat des changemens chimiques qui s'opèrent dans les poumons entre le sang veineux et l'air atmosphérique; et tirant comme conséquences que le développement de la chaleur est toujours en rapport avec l'étendue de la respiration, il l'applique à l'imperfection de cette fonction chez les nouveaux-nés, chez lesquels la chaleur développée étant moindre, détermine la torpeur, la stupeur et le froid glacial des membres, qui accompagnent l'endurcissement du tissu cellulaire.

« On a essayé beaucoup de procédés pour guérir cette

maladie, mais comme les efforts ont été principalement dirigés dans la vue de détruire cette dureté extérieure et de s'opposer au froid, ils ont en général été inutiles. Cependant on ne peut nier que quelques enfans déjà fort avancés dans cette maladie n'aient été sauvés, soit par l'application de farine chaude ou de cataplasmes aromatiques, soit par l'administration de potions légèrement excitantes et par les soins continus de leurs nourrices. C'est ainsi que fut traité un enfant né à 7 mois, le 29 juin 1822. Dès qu'il fut venu au monde, il cria assez fortement, puis se tut, et 4 jours après à peine végétait-il. Cependant, s'étant un peu remis, il prit un peu de lait, ouvrit les yeux, mais ne poussa pas un cri; ses cuisses et ses jambes étaient déjà roides. Je le vis le 6 juillet, il avait la peau de tout le corps rouge et presque transparente, il ouvrait les yeux, ses excrétions allaient comme à l'ordinaire; ses extrémités inférieures étaient froides, la peau et le tissu cellulaire étaient rigides; il ne se plaignait point, et levait les jambes assez faiblement. Je prescrivis une onction pour les membres, faite avec le liniment volatil camphré, ensuite l'application sur eux de farine chaude mêlée à des fleurs de camomille. Le sel volatil de corne de cerf dans une eau distillée aromatique suffit pour lui redonner des forces. Ce traitement, joint aux soins continuels de sa nourrice, eut un tel succès, qu'au bout de trois jours cet enfant put être entièrement confié à cette nourrice, qui l'emmena à la campagne, où il continua de se bien porter jusqu'à aujourd'hui.

» Afin de poursuivre mes recherches et d'essayer les remèdes qui pouvaient combattre cette maladie, j'entrai dans l'hospice des accouchées, dans lequel, du 27 décembre 1822 jusqu'au 1.er février 1823, on reçut 15 enfans dont les cuisses et les jambes étaient endurcies, les pieds livides; ceux dont la mort paraissait voisines, avaient la face

et la poitrine livides. Sur ces 15 enfans, 10 tombèrent malades le 1.er jour de leur exposition, les 5 autres le devinrent 4 jours après; 3 parmi ceux-là ne tettaient point du tout; 9 étaient avortons, ils étaient venus au monde entre le 7.e et le 8.e mois de leur conception.

» Ils furent traités avec le kermès minéral, à la dose d'un demi-grain mêlé à du sucre deux ou trois fois le jour. On couvrit les extrémités de farine chaude, d'abord simple, puis mêlée avec un scrupule de camphre. 5 enfans ainsi traités furent guéris; parmi eux il y en avait trois nés avant terme, et les deux autres étaient à peine nés. Les moins malades guérirent en 4 jours, les autres entre le 7.e et le 8.e jour.

» Jusqu'alors la méthode curative n'était fondée sur aucun principe d'anatomie pathologique; mais après les ouvertures cadavériques ci-dessus mentionnées, je me décidai à faire saigner ces petits malheureux, et quoiqu'il eût été plus avantageux de pratiquer ces évacuations sanguines à la tête et au thorax, cependant j'ai préféré qu'on saignât aux extrémités inférieures, dans la crainte que quelque compression à la poitrine ou l'exposition de cette partie à l'air froid ne nuisît à la respiration.

» Dans le mois de janvier 1823, on en reçut 2 atteints d'endurcissement du tissu cellulaire; en février, 25; en mai, 11; en avril, 1; en mai, 3; en juin, 1; total, 43.

» 42 furent guéris; un seul, né avant terme, mourut dans le mois de février. Sur ces 43 enfans exposés, 29 étaient venus au monde à terme, et 14 avant terme. Le traitement qu'on mit en usage consiste principalement dans l'application de sangsues aux jambes et dans des bains chauds généraux. Le plus souvent une seule application de sangsues suffisait, surtout si les enfans étaient venus à terme; sur 10 venus avant terme, on dut appliquer les sangsues deux fois, et sur 2, on fut obligé de les appliquer trois fois.

» On pourrait peut-être conclure du succès de cette méthode, que la maladie était inflammatoire ; je me crois cependant autorisé à soutenir le contraire, d'après des raisons assez puissantes.

» Dans ces enfans, la ligature trop prompte du cordon ombilical, en arrêtant la circulation du sang, produit la stagnation de ce liquide dans les viscères, ou bien le froid de l'air, en s'opposant à la dilatation des poumons, empêche l'oxygénation du sang, ce qui détermine la langueur de toute l'organisation, la raucité de la voix, l'aphonie, la torpeur, le froid du corps, etc.

» Si l'enfant se trouve dans un état de faiblesse, d'asthénie de la circulation, comment peut-on concevoir que des saignées soient utiles? Bellini avait adopté l'opinion déjà émise avant lui sur l'accélération de la circulation, non-seulement dans les veines ouvertes, mais encore dans les veines voisines et dans les artères qui leur donnent naissance. Cette opinion fut pleinement confirmée par les expériences de Haller, qui prouvèrent que toujours le sang va plus rapidement du cœur à l'ouverture faite à une veine, que dans toutes les autres parties du système vasculaire, et que cela a lieu lors même que la circulation est arrêtée, soit par l'ablation du cœur, soit par la ligature des artères au moment de l'ouverture de la veine. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que le sang se met en mouvement lorsqu'il est stagnant et en partant des capillaires. Ainsi, les globules rouges, d'abord réunis ensemble et presque coagulés, se déplacent au moment où on a ouvert le vaisseau et se précipitent vers la blessure; et en incisant une veine, non-seulement on détermine l'accélération de la circulation dans le tronc ouvert et dans les rameaux collatéraux, mais encore dans les artères correspondantes. En ouvrant la veine mésaraïque, le sang du voisinage, contre les lois mêmes de la circulation, court vers la blessure et s'échappe par elle. Il s'ensuit que l'ouverture des veines, en déterminant une révulsion

du sang stagnant dans les principaux viscères, accélère en même temps la circulation et concourt ainsi à la production de la chaleur. J'espère pouvoir communiquer à l'Institut les observations ultérieures que j'aurai occasion de faire pendant les 6 mois qui me restent pour compléter l'année civile. »

Réflexions du Traducteur sur le précédent Mémoire.

Ayant eu l'occasion d'observer une maladie qui, quoique bien différente par son nom de celle qui fait le sujet de ce Mémoire, présente cependant des symptômes communs à ces deux affections, et qui, joints aux altérations cadavériques, les rapprochent d'une manière bien évidente, je me servirai de ces rapprochemens pour examiner les idées que le professeur Paletta a émises sur la cause de l'endurcissement du tissu cellulaire et sur celle du froid qui l'accompagne. Les fièvres algides ne sont guère connues que par le symptôme dominant qui leur a fait donner cette dénomination. L'anatomie pathologique n'ayant point jusqu'aujourd'hui éclairé leur nature, on a supposé qu'elles ne consistaient que dans une aberration des forces vitales, et que l'absence de toute altération intérieure autorisait l'emploi des stimulans capables de rétablir ces forces dans l'état physiologique dont elles s'étaient momentanément écartées; en un mot, que les fièvres intermittentes pernicieuses algides n'étaient qu'une maladie des forces, et non une affection des organes. Mais comme j'ai constamment trouvé chez ceux qui ont succombé à ces fièvres des altérations organiques très-prononcées, je me crois en droit d'émettre une opinion qui devra nécessairement différer de celle adoptée par ceux qui n'ont point fait les mêmes recherches. Or, les altérations que j'ai rencontrées sont en général de même nature que celles qui ont été trouvées par le professeur Palletta chez les enfans qui ont

succombé à *l'endurcissement du tissu cellulaire*, et c'est cette similitude entre les parties malades qui me fait supposer de la ressemblance dans le fond de la maladie; et comme certains faits relatifs aux fièvres algides sont assez bien connus, au moins pour moi et d'après l'idée que je m'en suis faite, je crois pouvoir les appliquer aux mêmes faits existant avec *l'endurcissement*, et qui n'ont pu être étudiés avec autant de facilité, dans cette dernière affection, que je l'ai fait pour les fièvres algides. Le professeur Palletta suppose que la cause du froid doit être attribuée à l'imperfection de la circulation et de la respiration, par faute de quoi l'oxygénation du sang se faisant mal, ne permet point le développement de la chaleur naturelle. Dans les fièvres algides, il y a également une telle petitesse du pouls, que l'on sent à peine les artères crurales ou carotides, on ne sent pas du tout les battemens du cœur; or, on pourrait supposer que le froid glacial des membres est la suite de cette imperfection de la circulation. Quant à moi, je suis persuadé que la lenteur de la circulation est un effet du froid ou plutôt de la cause du froid, et voici comment je l'explique. La température du corps, au moins à l'extérieur d'un fébricitant algide, est au-dessous de celle de l'air ambiant. Que signifie ce fait bien remarquable? que cet abaissement de température du corps n'est pas seulement le résultat d'une diminution d'activité de la respiration ou de l'oxygénation, puisque l'air extérieur dans cette hypothèse devrait donner au malade la chaleur qui lui manque, pour que la sienne fût à son niveau et que l'équilibre fût rétabli. Il y a donc de la part de l'économie refus de recevoir une chaleur étrangère, il y a donc une résistance vitale qui s'oppose à ce que le malade acquière la chaleur extérieure; enfin, si nous désignons par le mot de *caloricité* la propriété simple ou compliquée qui développe en nous la chaleur qui nous est propre, dans les fièvres algides la fonction de la caloricité lutte donc, et avec avantage,

contre les forces extérieures pour maintenir le corps dans un degré de température déterminé par l'état actuel de cette fonction : le froid que l'on éprouve alors est donc un état actif, est donc un résultat vital dû à une fonction momentanément fixée à ce mode d'exercice, et non une conséquence passive qui ne devrait jamais aller au-dessous de la température ambiante. Il est vrai qu'il nous manque une donnée dans *l'endurcissement* : j'ignore si le froid des membres est au-dessous de la température de l'air, si par conséquent ce qui a lieu dans les fièvres algides a lieu également dans cette affection des enfans ; je ne puis donc qu'engager ceux qui auront l'occasion de vérifier ce fait à s'en assurer. Cependant je dirai, par anticipation, que je crois qu'on trouvera la chose telle que je la suppose, et telle que doivent me la faire supposer ainsi et les rapports qui existent entre ces maladies et l'expression dont le professeur Palletta s'est servi en parlant du froid des membres, qu'il dit être *non superabile.*

Dans les fièvres algides, comme dans *l'endurcissement*, les membres des cadavres sont comme gelés et durcis, dans ces deux affections il y a des impregnations de sang dans les principaux viscères ; enfin les fièvres algides existant pendant une constitution médicale qui ne produit que des inflammations de plus en plus intenses, comment pourrait-on croire que chez un malade telle altération serait le résultat d'une inflammation, et que chez un autre, dans les mêmes circonstances importantes, avec les mêmes symptômes principaux, cette même altération ne serait plus inflammatoire.

Le traitement du professeur Palletta, c'est-à-dire l'emploi des sangsues et des bains chauds est également celui qui m'a paru convenable dans les fièvres algides, et son succès dans les deux cas milite encore en faveur de l'analogie que je crois exister entre ces maladies.

J'en conclus donc que les fièvres algides, comme l'en-

durcissement du tissu cellulaire des nouveaux-nés, consistent principalement dans l'inflammation des principaux viscères, que cette inflammation agissant sur la *caloricité*, change le mode d'exercice habituel de cette fonction, qui détermine le froid d'une manière active et non passivement ou par manque de fluides excitans, et que dans le traitement on doit avoir égard et à l'inflammation qui a altéré la caloricité, et à la modification de cette fonction, qui doit être traitée par des moyens spéciaux.

Recherches sur les propriétés médicales du chlore, particulièrement dans les maladies du foie, avec une nouvelle manière de faire usage de ce remède; par WILLIAM WALLACE, *membre du Collège royal des chirurgiens d'Irlande.* (*Extrait par* E. M. BAILLY, *D.-M.-P.*)

Persuadé des rapports intimes qui existent entre la peau et les organes intérieurs, le docteur Wallace a tenté de mettre ce premier organe en contact avec des substances médicamenteuses propres à guérir les maladies de ceux-ci. Il a préféré l'état de gaz ou de vapeurs de ces médicamens, en raison de la température plus élevée dont la peau est alors le siège, et en raison de la plus grande facilité qu'elle éprouve à absorber des matières dont les parties constituantes sont dans un état de division extrême. Le chlore est une des substances sur laquelle il a fait quelques expériences; il a imaginé un appareil portatif pour l'administrer en bain, et qui possède toutes les qualités des appareils fixes. « Pour préparer le gaz, dit l'auteur, je procède comme il suit: j'ai toujours prêt, 1.° un mélange de muriate de soude et d'oxyde noir de manganèse bien triturés ensemble, et dans la proportion de trois parties de muriate sur une d'oxyde; 2.° de

l'acide sulfurique dont la pesanteur spécifique est à celle de l'eau comme 1,400 est à 1000 ; en mêlant 4 parties de cette poudre composée avec 3 d'acide sulfurique, le gaz se dégage de suite, de manière qu'on peut s'en servir aussitôt, soit partiellement, soit généralement. J'ai de grandes raisons pour tenir mêlés le muriate et l'oxyde, et je préfère l'acide étendu comme je l'ai indiqué, à celui qui jouit de la force qu'il possède quand il est préparé d'après la pharmacopée de Londres et de Dublin, afin d'empêcher que ce mélange ne déborde du vase, ce qui arrive souvent lorsque l'acide est trop concentré. Il est impossible de fixer la quantité de chlore nécessaire à chaque fumigation générale, tout dépend de la température que l'on veut faire éprouver au malade, de la sensibilité de l'individu, etc. Il faut toujours que le malade éprouve les sensations qui sont propres à l'introduction de ce gaz dans l'économie, quand il est employé convenablement. Si l'appareil est bien fait il ne doit point s'échapper de gaz qui incommodera les poumons. La durée moyenne de chaque fumigation sera d'une demi-heure. Les effets généraux qui résultent de l'application du chlore à la surface de la peau sont, d'après l'auteur, une sécrétion de bile plus abondante, souvent sans augmentation des selles. « Les matières fécales prennent un caractère éminemment bilieux, elles sont souvent teintes comme si elles étaient entièrement composées des matières bilieuses les plus concentrées, qu'elles soient solides ou liquides. »

L'auteur constate les effets salutaires du chlore par la relation d'une série de cas pratiques, rangés dans l'ordre du plus grand dérangement primitif ou consécutif du foie. Dans quelques cas, des bains de vapeur aqueuse ont précédé l'usage de ceux de chlore; voici un résumé des observations de l'auteur.

I.re *Obs.* — Une jeune fille de 19 ans était ictérique à la suite d'obstructions au foie. I.er jour, purgatif le soir;

2.ᵉ deux selles peu abondantes de matières liquides blanchâtres. Fumigation de chlore, à la température de 110 F. (43° centig.); 3.ᵉ constipation, transpiration copieuse; démangeaison à la peau, purgatif et chlore; 4.ᵉ évacuations bilieuses abondantes, urines obscures, sédimenteuses, chlore; 5.ᵉ selles bilieuses, amélioration générale; chlore; 6.ᵉ altération de la bouche, constipation, petites pustules sur la peau, remplies de lymphe; augmentation d'appétit, diminution de la jaunisse, cessation de la démangeaison, langue plus nette, ventre moins douloureux, chlore; 7.ᵉ selles, altération plus grande de la bouche; pustules de la peau stationnaires, chlore; 8.ᵉ et 9.ᵉ jaunisse presqu'entièrement disparue, selles spontanées; amélioration croissante; 10.ᵉ et 11.ᵉ convalescence parfaite; 12.ᵉ la malade sort de l'hôpital. Le docteur Wallace l'ayant visitée sur la fin de la cinquième semaine qui suivit son traitement, il la trouva parfaitement bien portante.

II.ᵐᵉ *Obs.* — Augmentation de volume du foie par suite d'une affection chronique de cet organe, chez une dame. Il fut ramené à l'état naturel par l'administration du chlore, des purgatifs et du leontodon taraxacum.

L'auteur rapporte d'autres cas analogues heureusement terminés par l'emploi de la même méthode, dont il attribue les effets « en partie à l'influence spécifique du chlore sur les fonctions du foie, et en partie à l'irritation locale que ce gaz détermine sur la peau qui couvre cet organe. Je ne doute point, ajoute l'auteur, que le chlore n'exerce une action spécifique sur la sécrétion du foie. » L'expérience générale démontre qu'un des moyens les plus efficaces de surmonter les tendances à la désorganisation et même à l'altération organique d'une partie glandulaire, est d'augmenter ses fonctions sécrétoires. Les médecins, à ce qu'il me semble, négligent trop l'emploi des irritations continues de la peau et des remèdes qui activent les sécrétions de cette partie dans le traitement des af-

fections chroniques des viscères profondément situés.

III.me *Obs.* — Calculs biliaires avec augmentation du volume du foie, jaunisse, dyspepsie et irrégularité dans les fonctions des intestins. Lorsque l'auteur a publié son ouvrage, les symptômes avaient été mitigés par l'usage des apéritifs amers, et par l'application générale du chlore réuni à la vapeur d'eau à la température de 98° F. (37° cent.), pendant vingt minutes chaque jour, et par une application analogue sur la peau de la région du foie pendant dix minutes tous les deux jours.

IV.me *Obs.* — Pléthore hépatique avec tendance grave à l'inflammation chronique et à l'augmentation de volume du foie. L'augmentation de secrétion de la bile provoquée par le chlore a fait immédiatement diminuer les symptômes. Le 10.e jour, le remède avait altéré la bouche et la gorge, et avait fait naître sur la peau une éruption si abondante, qu'on fut obligé de remplacer le chlore par l'acide nitrique et par quelques purgatifs. Au bout de quelques semaines, le malade jouissait d'une santé qui lui était étrangère depuis plusieurs années.

V.me *Obs.* — Trouble des fonctions du cœur primitivement occasionné trois années auparavant, et maintenu ensuite par celui du foie et des autres organes de la digestion. Les symptômes n'avaient rien d'extraordinaire. Les purgatifs, le chlore, la vapeur d'eau à 110° F. (43° cent.) rétablirent entièrement la santé du malade.

VI.me *Obs.* — Hydropisie générale commençante provenant d'un dérangement des fonctions du foie chez une femme âgée de 25 ans et célibataire. Il y avait suppression de la menstruation ; œdème des paupières, du ventre, des extrémités ; douleurs des côtés ; respiration difficile, toux, constipation. Le chlore augmente toutes les excrétions, sur-tout celles des reins, de la peau et des intestins. A la fin de la cinquième semaine, cette femme était parfaitement rétablie.

Le tableau suivant indique le rapport des urines rendues chaque jour, avec les boissons prises. L'auteur rapporte un autre cas d'hydropisie dans lequel le chlore, sous forme générale, a exercé une propriété éminemment diurétique.

Jours.	Boiss.	Urin.	Jours.	Boiss.	Urin.	Jours.	Boiss.	Urin.
1.	8 liv.	3 liv.	—11.	4 liv.	5 liv.	—21.	4 liv.	6 liv.
2.	7 ½	3 ½	—12.	4	4	—22.	4	5
3.	4	3	—13.	6	5	—23.	4	7
4.	4	8	—14.	4	3	—24.	4	8
5.	4	6	—15.	3	2	—25.	5	9
6.	4	7	—16.	3	2	—26.	4	8
7.	4	8	—17.	3	2	—27.	4	7
8.	4	7	—18.	4	3 ½	—28.	3	6
9.	4	5	—19.	4	5	—		
10.	4	5	—20.	3	5	—		

VIIe *Obs.* — Echtyma guéri avec les fumigations générales du chlore à 115° F. (45° c.), pratiquées chaque jour pendant quatre semaines et aidée des purgatifs. L'auteur fut porté à employer ce remède par la relation intime qui unit les maladies de la peau avec celles du foie.

VIIIe *Obs.* — Affection du foie par suite d'une blessure à la tête, guérie en trois semaines par le chlore.

IXe *Obs.* — Maladie du foie précédée et causée par un rhumatisme. Les symptômes ne pouvaient laisser aucun doute sur le diagnostic. Les évacuans, la vapeur d'eau et le chlore, employés jusqu'à la production de leurs effets sur la constitution, et jusqu'à celle de l'irritation de la région du foie, ont ramené le malade à son premier état de santé.

Après ces observations le docteur W. examine le mode d'action du chlore sur l'économie en état de santé. Voici un résumé de ses idées : 1.° *Action du chlore sur la peau.* — La peau exposée dans un appareil convenable à l'action du chlore suffisamment mêlé à de l'air et à de la vapeur

d'eau, sous une température de 110° F. (43°c.), éprouve au bout de 10 à 12 minutes, dans diverses parties de son étendue, des sensations analogues à celles que produiraient des piqûres ou des morsures de très-petits insectes. Ces sensations vont en augmentant de nombre, mais non de force, et enfin elles font naître le desir de frapper avec la paume des mains les parties ainsi tourmentées. Cette sensation de démangeaison n'est plus incommode quand on est sorti du bain, mais elle est généralement suivie d'un sentiment de prurit ou d'ardeur qui cesse cependant avant que le malade soit habillé. L'auteur assure que la peau conserve d'autant plus long-temps cette sensation qu'on a été soumis à un plus grand nombre de fumigations. — Un autre effet immédiat du chlore est la sueur qui commence généralement en même temps que le prurit, et qui quelquefois est très-copieuse; il croit que cette transpiration est plus abondante que celle qui serait provoquée par le même degré de chaleur, seule ou unie à la vapeur d'eau. Il suait lui-même plus abondamment que de coutume la nuit qui suivait le bain de chlore. C'est à cette propriété qu'il attribue la plus grande partie des effets avantageux du remède. Enfin l'effet le plus évident de ce bain est une éruption de très-petites pustules sur toutes les parties du corps, mais plus particulièrement au dos, aux lombes, à la poitrine, sur l'abdomen et sur les bras. L'apparition de cette éruption est toujours d'un bon augure. Rarement l'auteur a vu ces pustules suppurer. Pendant l'application locale du chlore gazeux, la peau prend une couleur rouge, et si l'application continue il en résulte une forte douleur qui, ainsi que la rougeur, va toujours en augmentant; la peau se soulève et se gonfle, et prend l'aspect analogue à celui des tégumens de la face atteinte d'érysipèle; puis elle devient le siège d'un malaise, tel qu'il existerait si les parties avaient été contuses. Ces sensations durent quelques jours comme si la peau était profondément affectée.

Enfin survient le prurit, précurseur de la desquammation de l'épiderme. Il résulte de tout cela que les effets immédiats de l'application du chlore alongé, sont une exaltation de la sensibilité de la peau accompagnée de sensations particulières, de sécrétions augmentées, de congestions sanguines dans les capillaires, finalement d'une augmentation de température, ce qui autorise à conclure que les fonctions et les propriétés vitales de la peau sont excitées d'une manière très-active, excitation qui persiste quelque temps après l'opération.

2.° *Action du chlore sur les membranes muqueuses.* — Le docteur W. croit que le chlore exerce sur les membranes muqueuses une action analogue à celle qu'il produit sur la peau. La personne soumise à l'influence de ce remède montre une altération dans la quantité et la qualité des sécrétions opérées par ces membranes, mais plus particulièrement dans celles des organes biliaires, salivaires, urinaires et génitaux, etc.

3.° *Action du chlore sur la respiration et la circulation.* — L'auteur ne sait s'il doit attribuer seulement à la chaleur ou au chlore l'augmentation d'activité qui se manifeste dans ces deux fonctions ; il ignore également l'action spéciale de ce gaz sur le cerveau et sur le système nerveux. Enfin il conclut à l'emploi du chlore dans toutes les affections du foie non accompagnées d'une inflammation active (1).

(1) Quoique le diagnostic des maladies contre lesquelles le chlore a été employé ne soit pas établi d'une manière aussi exacte que le comporte l'état des sciences médicales en France, et que cette circonstance, jointe à la confusion qui résulte de l'union de plusieurs médications dans le traitement de ces maladies, jette beaucoup d'incertitude sur les résultats obtenus, nous avons cru devoir insérer l'extrait du Mémoire du docteur Wallace, dans le but d'attirer l'attention sur un point de thérapeutique qui demande certainement de nouveaux éclaircissemens.

(*N. d. R.*)

Expériences et observations relatives à la solution de quelques difficultés concernant la respiration et la calorification; par A. Rolando, *professeur à l'Université de Turin.* (*Extrait par* J. Coster, *D.-M.*)

Malgré le grand nombre d'expériences qui ont été faites jusqu'à présent pour expliquer les phénomènes de la respiration, les difficultés sont encore telles, que l'on va jusqu'à mettre en doute l'action que l'on a attribuée à l'oxygène sur le sang, ainsi que les effets qui en sont une conséquence naturelle. En voyant néanmoins l'exactitude avec laquelle les phénomènes chimiques de la respiration ont été étudiés, il ne paraît pas que les obstacles que l'on rencontre encore pour donner une explication précise de cette fonction, puissent dépendre d'un défaut de connaissances à cet égard. Pour soumettre ces mêmes phénomènes à un examen plus rigoureux, le professeur Rolando les divise en deux classes, savoir : en phénomènes organiques et en phénomènes chimiques.

Phénomènes organiques. — Après la ligature du cordon ombilical, le sang du nouveau-né, chargé d'oxyde de carbone et se portant par le ventricule droit, par l'artère pulmonaire et ses divisions, au réseau malpighien, produit une impression vive sur les extrémités périphériques des nerfs pneumo-gastriques qui se distribuent aux cellules pulmonaires et aux vaisseaux aérifères; cette impression, transmise au cerveau, détermine la contraction des muscles qui servent à la respiration par le moyen des nerfs diaphragmatiques et intercostaux; l'air se précipite alors dans les poumons pour y subir des changemens particuliers, jusqu'à ce qu'un nouveau sentiment d'anxiété produit par le retour du sang veineux surchargé d'oxyde de carbone, détermine une nouvelle inspiration, et ainsi de suite pendant le reste de la vie.

Il est bien vrai que quelques physiologistes avaient déjà parlé d'une sensation pénible qui force l'animal à chasser l'air atmosphérique des canaux et des cellules aérifères; mais il ne paraît pas jusqu'ici que l'on ait précisé d'une manière rigoureuse la cause, le siége et le mécanisme de cette sensation.

On pourra juger, d'après les expériences que nous allons rapporter, que les filets des nerfs pneumogastriques qui se distribuent dans les bronches sont le siège d'une sensation particulière, et qu'ils constituent un véritable organe, que M. Rolando appelle l'organe du *sens de l'anxiété*, lequel étant sollicité d'une manière désagréable, l'animal est forcé de dilater sa poitrine pour y introduire un air plus oxygéné.

Trois sortes de nerfs concourent à former l'appareil respiratoire : 1.° les pneumogastriques, siège du *sentiment d'anxiété* qu'ils transmettent au cerveau; 2.° ceux qui servent aux contractions musculaires, ce sont les costaux et les phréniques; 3.° ceux enfin qui servent à l'entretien des propriétés vitales de l'organe, ou, suivant Bichat, ceux qui président à sa vie organique, ce sont les filets du grand sympathique.

Cette division, dont l'auteur fait usage dans ses leçons publiques, n'est pas sujette aux exceptions et aux inconvéniens que l'on rencontre dans celle que l'on propose ordinairement. (*Voyez*, sur les fonctions du système nerveux, *Archiv. gén.*, tome II, juin 1823.)

Si l'on examine avec attention le résultat des expériences d'après lesquelles on pratique la section des nerfs pneumogastriques, on trouvera avec la plus grande facilité la solution de plusieurs phénomènes qui n'ont pas peu embarrassé les habiles expérimentateurs qui se sont occupés successivement d'un semblable sujet.

Expériences faites sur les organes de la respiration.— La section des nerfs pneumo-gastriques ayant été pra-

tiquée sur des chevreaux, des agneaux, des lapins, des coqs, des coqs-d'Inde, des canards, des corbeaux et des tortues, il est bien naturel que les effets des opérations aient présenté quelques différences. Il est bon d'observer qu'après l'opération, un chevreau vécut encore pendant près de quatre jours, et un agneau trois jours et demi : ordinairement les quadrupèdes ne vivaient guères au-delà de 24 heures, mais ils ne mouraient jamais avant 6. L'opération fut toujours mortelle pour les oiseaux, mais aucun ne succomba avant 70 heures; un corbeau et un canard vécurent jusqu'à cinq jours; une tortue ne mourut que le dixième jour, et une autre donnait encore des signes de vie le dix-septième.

Les symptômes que l'on observe à la suite de pareilles lésions sont à-peu-près les mêmes chez toutes les espèces d'animaux. Chez quelques-uns le vomissement survenait aussitôt après l'opération. L'anxiété et le besoin de respirer se faisaient sentir un peu plus tard. Le plus souvent l'animal perdait l'appétit et ne digérait plus les alimens qui se trouvaient dans l'estomac; il était agité et inquiet, et paraissait éprouver une sensation insolite. Tout le corps se refroidissait insensiblement, et, après la mort, le sang qui se trouvait dans tous les vaisseaux était beaucoup plus noir que ne l'est ordinairement le sang veineux chez les mêmes animaux. Il est bon d'observer que ce n'est pas seulement le sang des artères pulmonaires qui présente cette altération, ainsi que l'ont avancé quelques physiologistes d'ailleurs fort distingués.

Pour observer comment le sang artériel devient insensiblement noir chez les animaux que l'on soumet à l'expérience, on a coutume de laisser couler de temps en temps une petite quantité de sang de quelque vaisseau artériel; mais on peut éviter cet inconvénient si l'on fait l'expérience sur un coq-d'Inde, car la tête et une partie du cou de ces animaux étant ordinairement sans plumes,

on voit le sang qui parcourt le tissu capillaire de ces parties devenir insensiblement moins rouge, puis entièrement noir, comme si toute la tête était affectée d'une forte ecchymose. Ce phénomène singulier fit naître à M. Rolando l'idée de tenter sur cet animal une autre expérience qui avait déjà été faite sur des quadrupèdes.

Dumas, Dupuytren, Bichat et autres avaient observé que chez les animaux auxquels on avait pratiqué la section des nerfs de la huitième paire, on pouvait rendre au sang la couleur rouge qu'il avait perdue, en faisant usage de la respiration artificielle : pour cela on laissait le sang sortir de quelque tronc artériel. Mais, comme il est facile de le concevoir, le résultat est beaucoup plus satisfaisant si l'on fait l'expérience sur un coq-d'Inde ; car après avoir introduit avec un instrument convenable l'air atmosphérique dans la cavité pulmonaire, on voit la peau de la tête devenir alternativement rouge ou noire, suivant que l'on favorise ou que l'on suspend la combinaison de l'oxygène avec le sang, tandis qu'il traverse le tissu vasculaire des poumons.

On observe également le passage du rouge au noir, ou réciproquement, en faisant une expérience analogue sur un agneau. M. Rolando ayant coupé les nerfs pneumo-gastriques sur un agneau dont on avait ouvert l'abdomen pour le faire servir à la démonstration des vaisseaux chylifères, le sang des artères mésentériques ne tarda pas à prendre la couleur noire; mais à mesure que l'on poussait l'air atmosphérique dans les poumons au moyen d'un soufflet, il reprenait bientôt la couleur rouge qu'il avait auparavant.

Ces expériences, ainsi que les raisonnemens sur lesquels elles sont appuyées, prouvent que les nerfs pneumo-gastriques sont destinés à recevoir l'impression produite par le sang veineux, qui est transporté au centre sensitif pour déterminer les opérations propres à favoriser la

combinaison du principe de l'air atmosphérique qui sert à vivifier et à renouveler le sang altéré par les opérations chimiques auxquelles il a été soumis. Il faut bien faire attention néanmoins que si les opérations et les mouvemens préparatoires dont nous venons de parler dépendaient uniquement de l'influence des nerfs pneumogastriques, ils devraient cesser aussitôt après la section de ces nerfs; car puisqu'aucune impression ne peut plus être transmise au centre sensitif, les mouvemens des muscles de la respiration ne devraient plus avoir lieu; la mort devrait, en conséquence, arriver aussi promptement que lorsque, après avoir déchiré tout d'un coup le diaphragme, la dilatation des poumons cesse d'avoir lieu, et l'introduction de l'air se trouve en même temps interrompue.

Les phénomènes qui résultent de la section de ces nerfs ont une grande analogie avec ceux qui résultent de l'ouverture du trou de Botal, ou du canal artériel chez quelques nouveau-nés. En effet, dans l'un et l'autre cas, comme il n'y a qu'une petite quantité de sang qui soit exposée à l'oxygène dans chaque inspiration, l'oxyde de carbone s'accumule insensiblement, le sang devient noir, le corps se refroidit et la vie s'éteint. Ces phénomènes se passent plus ou moins rapidement chez les enfans, en raison de la plus ou moins grande ouverture du trou de Botal ou du canal artériel. Chez les animaux, c'est en raison de la plus ou moins grande force des mouvemens respiratoires qui subsistent encore.

Mais comment expliquer la persistance de la contraction imparfaite, il est vrai, des muscles de la respiration, après la section des nerfs pneumogastriques? Pour rendre raison de ce phénomène, il faut nécessairement admettre que ces contractions imparfaites et irrégulières dépendent d'une autre cause.

M. Rolando pense que l'oxyde de carbone continue à produire une impression pénible sur le centre sensitif,

quoique la communication par le moyen des pneumogastriques soit interrompue. Cette impression peut être produite directement par le sang chargé d'oxyde de carbone et porté par les artères cérébrales, ou indirectement par l'intermédiaire d'autres nerfs, qui peuvent faire, jusqu'à un certain point, les fonctions de ceux qui ont été coupés. Ces nerfs seraient les branches nombreuses des cardiaques et des spinaux qui s'anastomosent avec les pneumogastriques ; dans ce cas, les impressions reçues dans le poumon par les extrémités des nerfs de la huitième paire seraient reportées vers le cerveau au moyen des branches anastomotiques dont nous venons de parler. Il est inutile de dire qu'une sensation transmise d'une manière si indirecte ne peut jamais être naturelle et parfaite ; elle ne pourra donc pas déterminer des mouvemens respiratoires assez parfaits ; le sang s'altérant de plus en plus, et ne pouvant se dépouiller de son excédant d'oxyde de carbone, les forces nerveuse et musculaire seront à la fin totalement anéanties. Il faut avouer que cette explication, tout ingénieuse qu'elle est, n'est point aussi plausible que celle qui suppose une impression directe sur le cerveau, d'autant plus qu'une telle manière d'agir a beaucoup d'analogie avec celle de certains remèdes actifs. Lorsque le tartre stibié est reçu dans l'estomac, il exerce son action sur l'extrémité des nerfs pneumogastriques répandus dans cet organe. Mais si on l'injecte dans les veines, il passe avec le sang dans le cerveau, il impressionne directement l'origine cérébrale des nerfs du diaphragme et des muscles abdominaux ; ces muscles se contractent, et le vomissement s'opère comme si la substance avait été avalée.

A mesure que l'on analyse avec plus d'exactitude l'action de l'oxyde de carbone sur les organes de la respiration, on se trouve sur la voie pour examiner comment la vie cesse par l'accumulation de ce principe dans le

sang. On croit généralement que l'animal meurt dans toutes les circonstances où le sang veineux ne pouvant être débarrassé d'un principe aussi nuisible à l'économie animale, ni se combiner avec l'oxygène, les propriétés vitales des organes les plus nécessaires à l'exercice des fonctions se trouvent anéanties. On a donc établi en principe que la vie cessait alors, parce que les facultés dont jouissent les nerfs, la contractilité des muscles, et principalement celle du cœur étaient détruites. Mais on peut démontrer que la mort ne dépend point alors d'une action directe de ce principe délétère sur les muscles et sur le cœur.

Au défaut d'expériences directes qui démontrent la vérité de cette assertion, on peut établir, d'après les faits énoncés jusqu'ici, que le sang veineux surchargé d'oxyde de carbone détermine la mort par son action directe sur le centre sensitif, à la manière de plusieurs autres substances vénéneuses; l'action du système nerveux étant troublée et détruite, le cœur et les autres organes n'en reçoivent plus l'influence nécessaire à l'exercice de leurs fonctions.

Cette observation jette quelque jour sur l'action du gaz acide carbonique lorsqu'il est respiré par les animaux. Ce principe mortel ne paraît pas exercer son action sur les nerfs pneumogastriques; mais absorbé par le sang qui parcourt le tissu capillaire des poumons, il attaque l'encéphale, en détruit entièrement les fonctions et produit la mort, lors même qu'il se trouve uni avec une quantité d'oxygène plus que suffisante pour alimenter la respiration.

Pour prouver ce qu'il avance, M. Rolando a fait diverses expériences dans le but d'introduire de l'air respirable dans un poumon, par exemple le droit, tandis que le gauche était distendu alternativement par le gaz acide carbonique. Ces tentatives présentent plusieurs difficultés

que l'on pourrait éviter, principalement si on les exécutait sur des canards; mais elles réussissent à merveille sur les tortues de terre, à cause de la disposition particulière des bronches chez ces animaux. Comme la trachée est très-courte, et que sa division en deux bronches est très-longue et flexueuse, il est facile de séparer l'un de ces canaux de l'autre, pour les faire servir à ce genre d'expériences. A cet effet, il introduisit la tête de cet animal dans une vessie remplie de gaz acide carbonique, tandis que l'extrémité de celle des bronches qui était séparée de la trachée recevait de l'air atmosphérique. La première tortue sur laquelle l'expérience ait pu réussir, périt au bout de 17 heures. Chez une autre tortue, au lieu de couper l'un des canaux aérifères, il se contenta d'intercepter l'entrée de l'air dans un des poumons, en liant fortement l'un de ces canaux, et l'animal n'a pas cessé de vivre en ne respirant qu'avec un seul poumon. Ces animaux peuvent vivre assez long-temps dans des lieux fermés, même privés d'air atmosphérique; en outre, ils peuvent vivre sans peine avec un seul poumon. Si donc le gaz acide carbonique reçu dans un seul poumon assoupit l'animal et le fait périr, quoique l'autre poumon reçoive une quantité suffisante d'air atmosphérique pour vivifier le sang, il est évident que les phénomènes que l'on observe résultent de l'action particulière du gaz acide carbonique, qui, porté par le torrent de la circulation au cerveau, et principalement au centre sensitif, se comporte de la même manière que certains poisons introduits dans les veines. Et si, comme le démontrent les expériences de Carminati et celles plus récentes de Goodwin, de Girtanner et de Humboldt, on trouve chez les animaux asphyxiés par le gaz acide carbonique les muscles flasques et le cœur entièrement privé de son irritabilité, ce phénomène paraît plutôt dépendre de l'action délétère qui détruit complètement la force nerveuse,

que de l'action directe de celte substance sur la fibre musculaire.

La contemplation de semblables phénomènes peut induire à avancer une proposition qui, au premier abord, pourrait sembler un paradoxe, mais que l'on doit d'autant moins passer sous silence, qu'elle peut conduire à l'explication de faits très-surprenans. Il semble donc que si l'on venait à couper les nerfs pneumogastriques chez l'homme, celui-ci serait encore capable de se maintenir vivant et d'effectuer la respiration, en vertu de cette seule force de volonté qui dépend de la raison. Car en supposant que les nerfs pneumogastriques vinssent à être privés de la faculté qui transporte au cerveau la stimulation propre à déterminer la contraction des muscles thoraciques, l'homme pourrait, par la seule force de sa volonté, produire la contraction des muscles intercostaux et du diaphragme, ce qui, donnant lieu à la dilatation des poumons, l'air descendrait par les bronches et se trouverait en contact avec le sang pour y être soumis aux mêmes modifications que dans l'état naturel.

Pour retourner à notre sujet, on a pu voir comment la respiration est une opération volontaire et involontaire, chose connue depuis fort long-temps, mais qui n'avait jamais été ni bien entendue, ni bien expliquée; il ne sera donc pas inutile d'appuyer ce qui vient d'être dit par des expériences ultérieures, qui éclairent entièrement le mécanisme de la respiration.

Galien avait déjà pratiqué la section des nerfs phréniques chez les singes, et il avait observé que la cavité thoracique ne pouvant plus se dilater d'une manière suffisante, la respiration devenait très-pénible. M. Rolando ayant coupé sur des lapins, et principalement sur des chevreaux, non-seulement les nerfs diaphragmatiques, mais encore tous les nerfs costaux, il a également observé que la dilatation du thorax étant interrompue, le sang sor-

tait noir des vaisseaux ouverts, et les animaux ne tardaient pas à succomber, si l'on ne venait à leur secours au moyen de la respiration artificielle. Il a essayé de combiner l'expérience de Galien avec celles de Cruiksank, c'est-à-dire, qu'après la section des deux nerfs diaphragmatiques, il a pratiqué celle de la moelle épinière entre la première et la seconde vertèbre dorsale, pour ne pas intéresser les premiers ganglions thoraciques qui envoient des ramifications au cœur. Mais tous les nerfs qui excitent la contraction des muscles respiratoires se trouvant détruits par cette double opération, l'animal mourut en moins d'une demi-heure.

Philips Wilson a obtenu des résultats de la même nature, en détruisant la moelle épinière au moyen d'un stilet rougi, et il a également observé que l'on pouvait prolonger la vie de l'animal au moyen de la respiration artificielle. Les animaux périssent beaucoup plus promptement si, comme l'a fait M. Rolando, on coupe ou l'on rompt les côtes près de leur articulation, ainsi que plusieurs de leurs nerfs en même temps que l'on détruit toutes les attaches du diaphragme autour de la cavité thoracique, la partie mécanique de l'appareil respiratoire étant alors entièrement détruite. La mort arrive plus promptement encore, si on remplit simplement d'eau tiède les deux sacs de la plèvre, ce qui empêche la dilatation du poumon, par conséquent l'introduction de l'air nécessaire à l'oxygénation du sang, qui, dans ce cas, prend bientôt une couleur noire très-foncée.

On peut donc empêcher de diverses manières la combinaison de l'air atmosphérique avec les principes du sang, ce qui constitue la respiration :

1.° Par la section des nerfs pneumogastriques, qui les prive de la faculté de transmettre au centre sensitif la stimulation qu'ils ont reçue par leur autre extrémité ; stimulation qui détermine l'influence nerveuse sur les muscles thoraciques.

2.° Par la section de la moelle épinière et des nerfs qui se distribuent aux muscles de la respiration, ou bien en détruisant ces muscles eux-mêmes.

3.° En remplissant la cavité thoracique d'un liquide qui comprime les poumons; enfin, en s'opposant à l'introduction de l'air par la trachée et les bronches.

Tout ce que nous venons de dire montre assez quelle est la part des divers élémens organiques de l'appareil respiratoire dans l'exercice de la fonction à laquelle ils sont destinés, et fait voir jusqu'à l'évidence quelle est la vraie fonction des nerfs pneumogastriques. On sera de plus en plus convaincu de l'usage de ces nerfs, si l'on réfléchit que la section de l'un des deux seulement ne met nullement en danger la vie de l'animal. Si en effet, comme le pensent quelques physiologistes, les phénomènes et les troubles qui résultent de la section des deux nerfs pneumogastriques provenaient de la diminution de l'influence de ces nerfs sur les poumons, et cela parce qu'on intercepte le passage du fluide nerveux dans ces organes, fluide qui en doit maintenir la mobilité et la vitalité, pourquoi la résection d'un seul de ces troncs ne serait-elle pas suivie au moins de quelque désordre dans les fonctions des poumons et même de l'estomac? Si rien de semblable n'a lieu, c'est que les nerfs pneumogastriques ne sont point destinés au maintien des propriétés vitales des poumons ni de l'estomac, mais uniquement à recevoir des impressions et des sensations d'une certaine nature qu'ils doivent transmettre au centre sensitif, ce qui peut s'exécuter par le moyen d'un seul nerf, comme on peut s'en assurer à l'égard des nerfs des autres sens, tels que ceux de la vue, du goût, etc.

Comme les nerfs du plexus pulmonaire ont une connexion intime avec ceux qui se rendent à l'estomac, nous devons rapporter ici les observations de M. Rolando sur l'usage de ces nerfs dans ce viscère. Si l'on réfléchit qu'ils

se répandent sur la face antérieure et postérieure de l'estomac, qu'ils en pénètrent les membranes et qu'ils forment, surtout dans le voisinage du cardia, des plexus appelés stomachiques; si l'on fait attention que la vitalité et la nutrition de l'organe paraissent être entretenues par les filets nombreux qui viennent du plexus cœliaque et vont se distribuer dans ses membranes; que les intestins achèvent la digestion quoiqu'ils ne reçoivent que des nerfs d'une seule nature, il est permis de conclure que les nerfs pneumogastriques de l'estomac doivent servir à quelque usage particulier; or, puisque la majeure partie de ces nerfs est destinée à recevoir des impressions ou des sensations particulières, ce qui constitue le *sens de l'anxiété*, l'analogie porte à croire que dans l'estomac ils sont également destinés à recevoir des impressions d'une nature particulière; par conséquent on est forcé de les regarder comme les nerfs d'un sens admis par le plus grand nombre de physiologistes, et généralement connu sous le nom de *sens de la faim*, quoique personne n'en ait jamais bien assigné le siège (1). Les nerfs de la huitième paire qui se rendent à l'estomac, considérés sous ce point de vue, peuvent être une source féconde pour expliquer l'action de plusieurs remèdes; ce qui paraît démontré par la manière d'agir de l'émétique, qui varie suivant que l'on coupe et qu'on laisse intacts ces nerfs, témoins les belles expériences de Magendie et de Dupuy.

Les nerfs pneumogastriques sont donc destinés à l'exercice des deux sens les plus nécessaires au maintien de l'économie animale. Par le moyen de l'un, l'animal est sollicité à introduire dans son estomac des substances

(1) M. Broussais établit le siége de la sensation de la faim, dans les nerfs du grand sympathique qui se portent à l'estomac; mais si ces nerfs étaient destinés à recevoir une telle sensation, on devrait observer quelque chose d'analogue dans les intestins qui en reçoivent de la même nature. (Voy. *Journ. Univ. des Sciences méd.*, t. XII.)

alimentaires dont il extrait les principes propres à réparer les pertes que le sang fait continuellement. Par le moyen de l'autre, qui est beaucoup plus impérieux, l'animal est forcé d'exécuter certains mouvemens qui servent à introduire dans les poumons l'air atmosphérique qui vivifie ce fluide de manière à le rendre propre à entretenir l'exercice de toutes les fonctions animales.

Dans un autre Numéro, nous parlerons des *phénomènes chimiques de la respiration.*

Opuscules scientifiques de la Société pontificale de Bologne. Tome I.er 1817. (Extraits.)(1).

Remarques sur les membranes des artères; dissertation posthume de Charles Mondini. (1) — L'auteur, pour examiner la membrane muqueuse, s'est servi du procédé déjà employé par Albinus et qui consiste à amollir l'artère en la laissant tremper dans de l'eau souvent renouvelée. Il a trouvé que cette membrane est formée de fibres circulaires d'une nature particulière et nullement musculaire. Ces fibres ne sont point entourées de gaines cellulaires,

(1) Depuis quelques années, l'Université pontificale de Bologne publie sous le titre d'Opuscules scientifiques (*Opusculi scientifici*), une collection de ses travaux annuels les plus importans : cet ouvrage périodique, dont plusieurs volumes ont déjà paru, renferme des mémoires du plus grand intérêt, qui ont pour objet les sciences naturelles, physiques, chimiques, mathématiques, ainsi que les diverses branches de la médecine de l'homme et des animaux. Les Rédacteurs des *Archives* se proposent de faire connaître à leurs lecteurs, par des extraits plus ou moins détaillés, ceux de ces mémoires qui ont un rapport direct avec la médecine et l'art vétérinaire, en analysant successivement les volumes qui sont publiés et ceux qui les suivront, à mesure qu'ils paraîtront.

(2) *De arteriarum Tunicis : dissert. posth.* Caroli Mondini *in archigymnasio Bononiensi anatomes doctoris quam habuit pridiè nonas junii anno* 1798.

molles, comme le sont toutes les fibres musculaires. On peut les diviser, à l'instar du tissu cellulaire, en autant de lames ou de fibrilles que l'on veut. La consistance et la couleur de ces fibres sont différentes de celles de la fibre musculaire; elles sont arrosées de fluides blancs et se changent en cartilages et en os, et non les muscles. L'éditeur ajoute les caractères suivans: le défaut d'irrritabilité hallérienne (1), l'analyse chimique faite sur cette membrane isolée (2), et la nature particulière de la membrane interne qui est compacte dans les artères et molle dans les ventricules. Il existe d'ailleurs la plus grande diversité d'opinions entre les auteurs, tant sur le nombre que sur la nature des membranes des artères.

Mondini, après avoir examiné les artères d'homme et de bœuf, soit fraîches, soit après l'immersion dans l'eau, soit de l'intérieur à l'extérieur, soit *vice versâ*, a trouvé que leur structure était extrêmement simple, et consistait, comme seule membrane (en exceptant la membrane interne qui, par la macération, se sépare comme un épiderme), dont la partie interne est formée de fibres circulaires; la moyenne, plus épaisse, est comme spongieuse, et l'externe, enfin, lâche et tout-à-fait cellulaire. Cette substance cellulaire, molle à l'extérieur, est de plus en serrée à mesure qu'elle est plus profonde dans l'artère; elle devient ainsi spongieuse et en apparence fibreuse. Il y a une transition insensible dans ces différentes parties, qui ne diffèrent pas de nature, mais seulement de consistance et de direction, dispostion semblable à celle que l'on trouve dans d'autres menbranes: la ménynge, le péricarde, la plèvre, le péritoine.

Sur la dentition du Sus Scrofa *de Linnée; par le docteur* Gaetano Gandolfi (3).—Corollaires: 1.° Le porc et le san-

(1) *Halleri*, *Fontana*, etc.

(2) *Berzelius.*

(3) *Sulla dentizione del* Sus scrofa *di Linneo; del dottore* Gaetano

glier sont sujets à une double dentition, soit pour les molaires, soit pour les incisives.

2.° Le nombre des dents monte à 32; savoir: 12 molaires, 4 fausses molaires, 4 canines et 12 incisives; et le nombre des dents permanentes à 44; savoir: 24 molaires; 4 fausses molaires, 4 broches et 12 incisives.

3.° La différence de nombre assignée quelquefois, dérive de l'anomalie des fausses molaires qui manquent dans quelques circonstances.

4.° Toutes les dents ne croissent pas durant toute leur vie, mais seulement les broches, et peut-être aussi dans le Babirousse, espèce voisine, les incisives antérieures et moyennes.

5.° La dentition tient chez eux le milieu entre les herbivores et les carnivores, tant pour la forme des dents que pour leur succession, leur remplacement, leur direction et leur alternative, tant à l'extérieur et à l'intérieur.

6.° L'os maxillaire éprouve des modifications continuelles dans ses divers diamètres, dans le rapport de ses parties internes et dans sa forme externe, à la manière des solipèdes, mais par diverses causes déterminantes.

7.° Les lois générales de la dentition, qui avaient trouvé dans cette espèce une ancienne et singulière exception, se trouvent confirmées.

Expériences sur le sang menstruel; par FRANCESCO LAVAGNA jeune, D. M. (1) — Les physiologistes savent que le sang menstruel ne se coagule pas comme le fait par le repos celui des autres parties du corps. Hunter et les auteurs qui ont indiqué ce fait, n'en ont pas cherché la raison. Lavagna conjectura d'abord et confirma en-

---

GANDOLFI, *professore di notomia comparata e veterinaria, nella P. V. di Bologna.*

(1) *Esperienze sopra il sangue menstruo di* FRANCESCO LAVAGNA, *D. M.*

suite par deux expériences, que le sang menstruel diffère du sang en général par le défaut de fibrine. On sait aussi que le sang du fœtus, qui est peu coagulable, contient quelques traces seulement de ce principe. L'auteur croit que l'absence de fibrine dans le sang menstruel, rend ce sang moins putrescible. Il dit avoir aussi observé dans deux cas de ménorrhagie sthénique, l'absence de fibrine. Il explique par là, l'affaiblissement peu considérable que produisent les règles trop abondantes, en comparaison des autres hémorrhagies; l'affaiblissement considérable qui résulte des hémorrhagies artérielles, dans lesquelles le sang est plus concrescible, c'est-à-dire, plus fibrineux. Ayant ensuite examiné comparativement le sang qui s'écoule par le cordon tenant au placenta, par le cordon tenant au fœtus, et par la vulve, après la séparation du placenta, il trouva que le sang de l'utérus et celui du placenta étaient coagulables et pourvus de beaucoup de substance fibrineuse qui était seulement plus molle que celle du sang d'un adulte bien portant, et que le sang revenant du fœtus était à peine coagulé et contenait seulement quelques petits filamens fibrineux. L'auteur pense que le placenta se fixe le plus souvent au fond de l'utérus, parce que c'est là qu'est la source principale des menstrues, dernier fait souvent constaté, et que le sang des menstrues, changé de nature dans la grossesse, est la nourriture du fœtus. Il compare ce changement (l'augmentation de la fibrine), à celui que l'inflammation produit dans le sang en général. Dans un animal tué lentement, le sang est peu coagulé : *contrà si contrà.* Il en est de même dans les expériences de Fontana sur le venin de la vipère. L'eau de laurier-cerise, qui est le plus puissant débilitant, rend aussi le sang moins concrescible (Nicholss, Langrish).

Dans les individus d'un tissu lâche, et dans les cas de lente agonie, le sang est plus fluide et moins fibreux,

parce que une certaine atonie favorise l'assimilation. L'auteur pense que les hémorrhagies utérines sont d'autant plus graves, que la grossesse est plus avancée, parce que le sang devient de plus en plus fibrineux, pour fournir au développement du fœtus, et que, par conséquent, il y a déperdition d'une substance très-animalisée. C'est à la flexuosité et à la petitesse des artères de l'utérus qu'il faut attribuer l'absence de la fibrine dans le sang menstruel. Il regarde comme probable qu'il en est de même dans le sang qui sert à la nourriture de l'encéphale. Il explique par la même disposition la plus grande fluidité, l'aquosité et la faible coagulation du sang observées dans la rate. (Presciani, Rolof, etc., etc.) D'après ses expériences et ses réflexions, il pense que les dérivans des artères sont doués de la vertu spécifique de répartir la fibrine, entre les diverses parties, à des degrés qui diffèrent suivant beaucoup de circonstances.

Sur les métastases; par le docteur MATTEO VENTUROLI (1). — L'auteur rapporte le fait suivant comme une preuve évidente de l'existence des métastases humorales. Un homme reçut un coup de stylet à la partie antérieure de la poitrine : l'hémorrhagie, la gêne de la respiration, la toux et le crachement de sang, ainsi que le siége de la blessure, indiquaient une blessure profonde de la partie supérieure du poumon gauche. Bientôt la respiration devint extrêmement gênée; mais quoique le malade parut menacé de suffocation, le chirurgien ne jugea pas convenable d'agrandir la plaie, pensant que le sang épanché était, dans ce cas, l'unique moyen d'arrêter l'hémorrhagie interne. Il eut recours aux saignées générales et locales. Le 5.e jour, tous les symptômes ayant diminué, excepté la gêne de la respiration, il se disposait à prati-

(1) *Sulle metastasi, dell' dottore* MATTEO VENTUROLI, *chirurgo primario dello spedale maggiore di Bologna.*

quer la paracenthèse du thorax, lorsqu'il trouva le malade tout-à-coup soulagé par l'évacuation de plus de cinq livres d'urines sanguinolentes. Cette évacuation continua pendant quelques jours, en diminuant graduellement de quantité et de proportion apparente de sang. La difficulté de respirer recommença, ainsi que la fièvre. Le 11.e jour, le malade éprouva de nouveau un soulagement subit après une abondante évacuation de matière purulente avec l'urine. Cette évacuation continua quelque temps, et ces symptômes d'inflammation du poumon diminuèrent graduellement et cessèrent enfin.

L'auteur examine ensuite les diverses explications que l'on a données de la métastase, et rejette celle des anciens qui l'attribuaient aux veines absorbantes; celle de Van-Swiéten et de Haller, qui admettaient une sorte de circulation à travers le tissu cellulaire; il rejette aussi celle de la sympathie fondée sur les communications nerveuses, suivant laquelle il y aurait seulement métastase d'action; il penche au contraire pour l'explication de Darwin, fondée sur un mouvement rétrograde des vaisseaux lymphatiques.

Il rapporte ensuite un autre cas qui lui paraît propre à prouver cette dernière théorie. C'est celui d'une malade de quarante ans, affectée d'une ascite. Cette femme ayant été mise à l'usage de la scille, à la dose de 14 et de 16 grains par jour, éprouva des vomissemens aqueux et une diurèse abondante, accompagnés d'une diminution subite et considérable du volume du ventre. L'ascite cessa en peu de temps, et la malade se rétablit parfaitement.

Remarques sur la forme, la largeur, la hauteur, la situation et l'axe de la cavité du bassin; par le professeur GAETANO TERMANINI (1). — L'auteur qui annonce, en

(1) *Della figura, ampiezza, altezza, situacion ed asse del cavità del pelvi; memoria del professore* GAETANO TERMANINI.

commençant, que ses réflexions ne seront que des corollaires de quelques idées laissées par Levret et Rœderer, dans leurs ouvrages, pense qu'on ne peut mieux juger des diverses propriétés du bassin, qu'en le regardant de profil, et en le supposant divisé par le plan médian du corps, en deux moitiés latérales. Pour mesurer la hauteur, l'ampleur et la forme de la cavité du bassin, Stein a proposé de considérer les deux détroits comme deux plans inclinés qui se rencontrent en un angle d'environ 60 degrés, un peu en avant du pubis. Il suppose un troisième plan mitoyen aux deux premiers, passant par le milieu de la hauteur du pubis, et allant se terminer au milieu de la hauteur du sacrum et du coccix réunis, et formant avec les deux premiers deux triangles. La partie postérieure des pubis formant une ligne qui tronque les deux triangles, il reste un pentagone. L'ampleur totale s'obtient approximativement par la mesure des diamètres transverses et obliques des deux détroits. Pour déterminer la situation ou plutôt la direction naturelle de l'axe, Levret et Rœderer ont procédé d'une manière différente: Levret a essayé de déterminer la direction du plan supérieur du bassin, et il a trouvé que chez la femme, dans la station verticale, ce plan fait avec l'horizon un angle de 35 degrés, et conséquemment aussi son axe forme un angle de 35 degrés avec la perpendiculaire à l'horizon. La ligne horizontale du bassin, suivant Levret, passe par-dessus le pubis, et finit à la réunion des deux dernières vertèbres du sacrum. Rœderer ayant mis debout une femme qui n'avait point eu d'enfans, et ayant tiré une ligne du sommet de l'arcade des pubis à la pointe du coccix, il dit que cette ligne formait avec une horizontale passant sous le pubis, un angle de 18 degrés.

Ces deux résultats, très-différens, nous paraissent tenir à la conformation ou à la direction différente des bassins dans les deux sujets d'observation; car, dans le bassin

examiné par Rœderer, la ligne horizontale de Levret aboutirait au sommet du coccix, et dans celui que Levret a examiné, la ligne horizontale de Rœderer arriverait au même point. En un mot, celui de Rœderer était plus oblique, et celui de Levret l'était moins.

Levret et Rœderer ne semblent pas non plus d'accord pour déterminer l'axe du bassin : Levret admet dans la cavité du bassin trois axes successifs, celui de l'ouverture supérieure, celui de la partie moyenne ou de la ligne horizontale; ce serait la corde de la courbure du sacrum et du coccix, et celui de l'ouverture inférieure qui, au moment de l'accouchement et par la rétropulsion du coccix, ferait un angle droit avec le prolongement du premier; de manière que l'axe courbe du bassin serait un quart de cercle, cela du moins se trouve, sinon détaillé, du moins indiqué dans Levret. Rœderer, au contraire, en parlant de l'axe, ne parle guères expressément que de celui du détroit inférieur; quant au reste, il n'en parle que comme de l'axe de l'utérus. Quant à Stein, élève des deux précédens, il s'explique très-clairement sur la courbure de l'axe en segment de cercle.

M. Termanini déduit des observations précédentes quelques conséquences. Il appelle ligne directrice, de préférence à axe, la ligne qui parcourt le bassin par son centre parallèlement aux parois postérieure et antérieure. Cette ligne directrice est courbe, et il en résulte que l'axe de la tête du fœtus dans l'accouchement change continuellement de direction, en suivant cette courbe. L'utérus et le corps du fœtus sont dans l'axe du détroit supérieur, ou dans le prolongement supérieur de la ligne directrice, qui est droit et qui aboutit au milieu du bord antérieur du diaphragme d'un autre côté. L'axe du vagin est courbe, comme la ligne directrice du bassin, dont il n'est qu'une continuation.

De l'utilité des moyens mécaniques, dans la réduction

des luxations ; par le docteur Joseph Atti, *professeur de clinique chirurgicale* (1). — Ce Mémoire, qui contient des considérations générales relatives à l'examen des objections faites contre les machines par divers auteurs, et notamment par M. Portal, est terminé par une observation dont voici le précis : une femme de vingt-cinq ans se luxa la mâchoire inférieure des deux côtés, dans un baillement survenu avec des convulsions graves pendant l'accouchement. Cet accident ne fut reconnu qu'un mois après. A cette époque, il fut impossible d'obtenir la réduction avec les mains seules ; la tête, quoique soutenue par un aide robuste, cédait aux efforts et les muscles résistaient. Le docteur Atti imagina de se servir de deux fortes pinces à longs manches, s'ouvrant par pression et dont les branches courtes étaient garnies de coussinets. Ces pinces étant introduites fermées entre les dernières dents molaires des deux côtés, et ouvertes ensuite par la pression des mains, écartèrent l'une de l'autre les deux mâchoires et permirent la réduction, qui fut effectuée en poussant en même temps la mâchoire inférieure en arrière. (A. B.)

Remarques comparatives sur les maladies de l'homme et celles des animaux ; par le professeur Gaetano Gandolfi (1). — L'auteur parle d'abord d'une manière générale des causes externes dont l'influence détermine les maladies qu'on observe chez l'homme et les animaux. Examinant ensuite les différences apportées dans ces maladies par l'état de nature ou de liberté, et celui de captivité ou de domesticité des individus, il considère successivement celles qui sont communes à ces deux états ;

(1) *Dell'utilita delle machine sulla riduzione delle ossa lussate del dottore*, etc.

(2) *Cenni di confronto tra le malattie dell uomo e dei bruti, del professore*, etc.

et celles qui ne sont que le résultat du second. En premier lieu, il conclut des diverses comparaisons qu'il établit à cet effet, que dans l'état sauvage, l'homme et les animaux sont également sujets aux mêmes maladies, tant externes qu'internes. En second lieu, M. Gandolfi fait remarquer que les modifications nombreuses imprimées à l'état de nature par les progrès de la civilisation, les coutumes diverses des peuples, les besoins factices qu'ils se sont créés, etc., etc., sont autant de sources de maladies nouvelles pour l'homme et pour les animaux qu'il a réduits en servitude. Il pense que la supériorité de l'intelligence, et la plus grande perfection de certains sens, ne doivent pas être considérées comme des causes qui rendent les maladies plus nombreuses chez l'homme que chez les animaux; mais qu'elles peuvent seulement les rendre plus fréquentes chez lui. Il n'admet pas non plus l'opinion de quelques auteurs, qui pensent que la station verticale influe sur le nombre des maladies qui peuvent affecter l'homme; mais il regarde cette cause comme pouvant tout au plus le rendre plus sujet à certaines maladies que les animaux dont le corps est, en général, situé horizontalement dans la progression. Quant aux altérations des humeurs chez l'homme et les animaux, l'auteur reconnaît que toutes les recherches faites jusqu'à présent à ce sujet, n'ont rien appris de positif, et il termine son Mémoire en rappelant cette vérité trop généralement méconnue, que l'étude des maladies qui affectent les animaux peut éclairer beaucoup celle de l'homme, parce que la plus grande analogie existe entr'elles, sous le double rapport de leur nature et des organes où elles ont leur siège.

Plusieurs autres mémoires contenus dans ce volume, nous ayant paru peu susceptibles d'être analysés, ou peu intéressans, nous nous sommes bornés à les indiquer simplement. Tels sont les suivans : *Sull'obliterazione del*

polmone (sur l'Oblitération des poumons), par Giacomo Folchi, D.-M. Ce mémoire ne contient rien de nouveau. — *In abnorme sceleton femineum animadversiones, Aloysii Rodati.* — *Del mesmerismo altrimenti delle magnetismo animale, e delle dottrine che ne dipendono : Lettere critiche I, II, del dottore F. Orioli.* — *Della Necessita di unire in medicina la philosophia alla osservazione* : discours prononcé par Giacomo Tommasini, à l'ouverture du cours de clinique médicale. (P. O.)

VARIÉTÉS.

Académie royale de Médecine.

Séance publique annuelle. — Cette séance a eu lieu au palais de l'Institut; M. Portal présidait. M. Pariset a prononcé un discours analogue à la circonstance. M. Itard a lu un mémoire sur une variété du mutisme. M. Hippolyte Cloquet a lu un rapport sur les remèdes secrets.

Académie de chirurgie. — Séance du 11 mars 1834. — M. Moreau entretient l'Académie d'une perforation spontanée de l'utérus, chez une jeune femme qui était accouchée depuis deux mois. La perforation présentait tous les caractères de celles qu'on observe assez fréquemment sur les parois de l'estomac, spécialement chez des femmes nouvellement accouchées. Les parois de l'utérus étaient molles et considérablement amincies. Il n'y avait ni épanchement dans la cavité abdominale, ni traces d'inflammation. M. Moreau est invité à rédiger cette intéressante observation.

M. Béclard offre, au nom de MM. Dubois et Bellivier, un fœtus qui est resté sept ans dans le sein de sa mère. Ce fœtus, du sexe féminin, est à terme. Il était contenu dans une poche placée à gauche de l'utérus. Il paraît transformé en une matière adipocireuse semblable au gras des cadavres.

M. Baffos présente à l'Académie une pierre oblongue, ayant la forme d'un cornichon, qu'il a retirée par dilatation de l'urètre d'une jeune fille.

Séance du 25 mars. — M. Amussat présente à l'Académie diverses préparations anatomiques et dessins des conduits biliaires, faits pour démontrer le véritable mécanisme du reflux de la bile du canal cholédoque dans la vésicule du fiel. M. Amussat a découvert et démontre l'existence d'une valvule spirale, sorte de vis *d'Archimède* renversée dont

est garni le col de la vésicule du fiel. Le même anatomiste fait, en présence de l'assemblée, plusieurs expériences curieuses à l'appui des faits nouveaux dont il vient de lui faire part.

MM. Richerand et Jules Cloquet présentent un malade de l'hôpital S.-Louis, dont les membres inférieurs peuvent être alongés ou raccourcis à volonté, dans une étendue de trois à quatre pouces. Ils pensent, d'après plusieurs observations d'anatomie pathologique qu'ils ont eu occasion de recueillir, que cette maladie provient d'une destruction de la tête des fémurs, et d'une érosion des parois de la cavité cotyloïde. Le malade, âgé de cinquante ans, ne marche qu'avec une extrême difficulté, mais sans douleur. Le membre sur lequel il appuie son corps se raccourcit et le grand trochanter va toucher la crête iliaque; le membre qu'il élève, au contraire, s'alonge et revient à son état naturel, et alternativement quand il fait un second pas. Le malade offre aussi diverses exostoses considérables des os du bassin, et plusieurs tumeurs osseuses volumineuses dans l'épaisseur des muscles.

MM. Cullerier neveu et Maingault présentent à l'Académie des ossifications de l'arachnoïde trouvées sur le cadavre d'un aliéné. Outre ces ossifications, dont quelques-unes s'engageaient dans les anfractuosités du cerveau, les hémisphères de cet organe présentaient des kystes ou abcès scrophuleux enkystés, développés au milieu de la substance cérébrale. Le malade, pendant sa vie, avait été poursuivi par la sensation d'une odeur très désagréable. A ce sujet, M. A. Dubois entretient la section d'un cas à-peu-près semblable, présenté par un homme qui, plusieurs années avant sa mort, avait fait une chûte de cheval, et avait aussi été poursuivi par la sensation d'odeurs infectes.

On donne lecture d'une observation de polydactylie adressée, à M. Richerand par M. le docteur Carré, chirurgien-major des chasseurs à cheval de la garde. Cette observation est curieuse en cela que l'individu qui en fait le sujet était septem-digitaire.

M. Larrey présente un malade qui a deux cicatrices opposées, en avant et en arrière du côté gauche de la poitrine. Le même membre doit apporter à la section des détails écrits sur les phénomènes qui ont accompagné cette grave blessure, et sur la guérison du blessé, ainsi que sur deux autres plaies analogues. Il présente provisoirement trois sujets complètement guéris. Il montre ensuite une pièce d'anatomie pathologique; c'est un cas de plaie d'arme à feu. Une balle de calibre avait traversé la poitrine de gauche à droite, dans son grand diamètre, et s'était arrêtée dans l'aisselle droite. Elle avait, sur son trajet, fracturé la sixième côte gauche, blessé le poumon correspondant, percé la paroi inférieure du ventricule gauche du cœur, passé dans l'épaisseur du poumon droit, et fracturé la sixième côte droite. Le blessé, traité suivant la méthode de M. Larrey, a survécu pendant trente-quatre heures.

M. Roux offre à la section une matrice renversée par un polype qui

s'étant développé dans l'épaisseur de cet organe, vers son bas-fond, en avait franchi le col et en avait entraîné le renversement. Une ligature que ce chirurgien avait eu intention de placer sur la base de la tumeur, se trouvait embrasser la matrice elle même, dont la face interne était devenue externe par l'effet de son renversement.

Séance du 29 avril. — M. le Président dépose sur le bureau deux observations d'opération césarienne pratiquées avec succès par M. Bosch, docteur en chirurgie à Maëstrich.

M. Réveillé-Parise fait, en son nom et en celui de M. Demours, un rapport sur l'observation d'un calcul lacrymal, envoyé par M. Leramier, chirurgien à Chambon. Ce calcul est remarquable par son volume. M. Jules Cloquet, d'après l'inspection de ce calcul, élève des doutes sur sa nature. Il pense qu'il pourrait bien n'être qu'une concrétion osseuse développée aux dépens des parois osseuses du canal lacrymal, et qui aurait pénétré dans le conduit, après avoir détruit la portion sous-jacente de la membrane muqueuse. Ce calcul, en effet, ne paraît pas formé de couches concentriques, ni de rayons, mais d'un tissu qui offre la plus parfaite analogie avec celui de certaines tumeurs osseuses qui se développent dans le périoste, et que M. Jules Cloquet a plusieurs fois observées. Plusieurs personnes partageant l'opinion émise par ce membre, la section renvoie le calcul à M. Breschet, qui doit l'examiner, en faire analyser la moitié et en rendre compte à l'Académie.

M. Richerand montre à la section un calcul urinaire développé dans le col de la vessie, et qui a pour noyau un tube de verre; à cette occasion une discussion s'engage sur la taille recto-vésicale. M. le secrétaire engage tous les membres de l'Académie à lui communiquer les faits sur cette opération qui pourraient venir à leur connaissance, la section n'ayant pas encore vu de malades guéris suivant cette méthode.

M. Jules Cloquet présente à l'Académie un calcul d'acide urique, qui a été rendu par un vieillard de soixante-huit ans. Le malade présentait depuis trois ans les symptômes de pierre vésicale. Il y a deux ans que M. Jules Cloquet avait reconnu par le cathétérisme l'existence de calculs dans sa vessie. Le même membre avait différé l'opération à raison des inflammations abdominales auxquels ce vieillard était sujet. Il n'avait pas non plus employé son appareil d'irrigation à cause des douleurs que la sonde produisait par son séjour; seulement, il avait mis le malade à l'usage prolongé d'une boisson mucilagineuse légèrement alcaline. Ces calculs présentent manifestement des traces de dissolution de leur couche extérieure. M. Jules Cloquet pense que c'est leur diminution de volume qui a permis leur expulsion. L'observation de ce cas sera publiée dans le Mémoire dont le même membre fait actuellement lecture à l'Académie.

Note sur le procédé mis en usage par le docteur Civiale, *pour extraire la pierre de la vessie sans recourir à l'opération de la taille; par M.* Heurteloup, *D.-M.-P.*

On a parlé le mois dernier, dans les Journaux politiques, d'un procédé nouveau mis en usage par M. le docteur Civiale, pour extraire les calculs de la vessie par l'urètre, sans qu'il soit nécessaire d'inciser aucune partie. Cette annonce d'un moyen nouveau qui intéresse si vivement l'humanité, a éveillé tellement l'attention, que chacun attend avec impatienee que M. Civiale fasse connaître les procédés qu'il emploie; mais comme la publication du nouveau travail qu'il médite n'est pas encore très-prochainc, nous pensons que quelques détails abrégés sur ces moyens seront lus avec intérêt.

Se saisir de la pierre afin de la réduire en poudre, voilà la première indication remplie par M. Civiale. Pour y parvenir, il emploie un instrument composé de deux pièces principales. La première est un tube creux en argent, droit, de dix pouces à-peu-près de longueur, de quatre lignes de diamètre (pour opérer sur un adulte), d'une épaisseur assez considérable pour résister à une forte pression, sur-tout du côté qui entre dans la vessie. La seconde est un autre tube en fer, plus long de quatre pouces à-peu-près que le premier, terminé à l'extrémité qui doit entrer dans la vessie par trois branches divergentes, un peu recourbées en dedans vers leur pointe, hérissées d'aspérités à leur partie interne. Cette pièce entre dans la première, et doit se mouvoir avec facilité dans son intérieur. Lorsqu'on glisse le tube jusques sur ces trois branches divergentes, celles-ci se resserrent, et par leur rapprochement forment une olive creuse de quatre lignes et demie de diamètre. Lorsqu'on retire ce tube, ces branches s'éloignent l'une de l'autre, et laissent entre chacune d'elles un intervalle plus ou moins grand, et capable de contenir un corps d'un diamètre assez considérable, à la manière de la pince dite de Hunter.

Si M. Civiale ne voulait que saisir la pierre, il introduirait cette espèce de pince à trois branches dans la vessie par l'urètre, qu'il a d'abord pris le soin de dilater au moyen de sondes d'un gros calibre; mais comme son intention est aussi de la briser, son appareil doit se compliquer de pièces destinées à atteindre ce but.

Pour y parvenir, il introduit dans l'intérieur du tube de fer à trois branches, qui lui-même est introduit dans le tube d'argent, un long mandrin de fer terminé à l'une de ses extrémités, soit par un simple carrelet, soit par une lime en fraise, soit par une espèce de trépan. Il fait entrer ce mandrin par son extrémité la plus petite, et en même temps par l'ouverture du tube de fer qui porte les trois branches, de manière que l'extrémité où se trouve la lime en fraise est comme incarcérée entre ces trois branches resserrées, lesquelles, comme je l'ai déjà dit plus haut, forment une olive de quatre lignes et demie de diamètre.

C'est dans ces conditions que M. Civiale introduit son instrument dans l'urètre après avoir injecté dans la vessie une eau mucilagineuse. Au moyen de vis de pression qui maintiennent ou laissent agir chacune de ces parties, l'opérateur peut laisser épanouir les trois branches, saisir fortement la pierre et d'une manière convenable, pour qu'elle se trouve nécessairement soumise à l'action rotatoire du mandrin.

Maintenant que nous supposons la pierre saisie, il nous reste à dire comment M. Civiale fait agir ce mandrin. Le faire tourner rapidement et pousser doucement sur le calcul; voilà le problême qu'il a résolu.

Il a fait établir une pièce de cuivre ainsi disposée : de l'une des extrémités d'une traverse longue de huit pouces à-peu près, épaisse de cinq ou six lignes, s'élève une pièce de même métal qui porte à sa partie supérieure une mortaise destinée à emboîter le tube d'argent qui contient l'appareil lithontripteur, et qui pour cela présente son extrémité qui n'entre pas dans l'urètre renforcée et écarrie. Une cheville maintient ces deux pièces immobiles. L'autre bout de la traverse qui, vers cette extrémité, est carrée, est destinée à recevoir un autre montant percé à son extrémité inférieure d'un trou également carré, et assez grand pour que cette pièce glisse avec facilité sur la traverse sur laquelle elle est aussi maintenue quand on le veut, dans un endroit fixe, au moyen d'une vis de pression. L'extrémité supérieure de ce montant porte un tube d'argent de trois lignes à-peu-près de diamètre, contenant un ressort à boudin qui pousse une tige de fer pointue, encore maintenue dans une position fixe par une autre vis de pression.

Ces pièces ainsi disposées, M. Civiale les fait agir de cette manière : après avoir vissé sur le mandrin qu'il appelle son lithontripteur, une poulie vers la partie moyenne de ce qui en sort par la sonde, il l'introduit dans le tube contenant le ressort en boudin, et la tige pointue, reçue dans l'extrémité excavée de ce mandrin, ne peut l'abandonner. Il desserre la vis de pression, qui permettant au ressort d'obéir à son élasticité, pousse le lithontripteur sur le calcul ; ensuite faisant agir une manivelle ou simplement un archet dont il a préliminairement passé la corde autour de la poulie de rappel, il donne une impulsion rotatoire considérable à son mandrin, dont la lime qui le termine a bientôt entamé le calcul qu'on voit sortir de la vessie sous forme de sable très-fin, ou en morceaux quelquefois assez considérables.

Lorsque ces morceaux sont trop gros, et qu'ils ne peuvent sortir par l'urètre, M. Civiale introduit dans la vessie un instrument particulier qu'il appelle brise-pierre, et qui la brise effectivement sans qu'on ait recours au mandrin. Ce brise-pierre est analogue, pour la forme, à la pince à trois branches qu'il emploie pour saisir le calcul dans l'appareil que je viens de décrire ; seulement il n'a que deux branches, dont l'une étant séparée de l'autre dans toute sa longueur, et pouvant être tirée seule par l'extrémité externe de la sonde, au moyen d'un rouage particulier, il arrive que le calcul saisi par les deux, l'une d'elle

restant immobile, et la seconde étant tirée seule et obéissant à son élasticité propre, le calcul pressé entre ces deux espèces de mors est bientôt réduit en poudre.

Lorsque le fragment de calcul n'est pas trop gros pour être retiré par l'urètre, M. Civiale le saisirait avec une pince à trois branches dont les mors doux et très-évidés permettent de loger ce fragment dans leur intérieur, et de le retirer sans presque faire éprouver de douleurs aux malades.

Pour les fragmens encore plus petits, ce chirurgien introduit dans l'urètre une sonde creuse d'un calibre égal à celle qui contient l'appareil lithontripteur, et avec une petite pince analogue à celle dite de Hunter, introduite dans l'intérieur de cette grosse sonde, il explore avec facilité la cavité de la vessie, saisit ces petits fragmens, et les extrait sans difficulté.

Tel est l'exposé rapide du procédé de M. Civiale. Encore nouveau, et opposé aux moyens généralement mis en œuvre pour extraire les calculs vésicaux, il trouvera sans doute beaucoup de détracteurs; cependant les succès déjà obtenus sur le vivant, et proclamés dans le rapport à l'Académie, si bien fait par MM. Chaussier et Percy, demandent, de la part des chirurgiens attachés aux hôpitaux, un intérêt particulier qu'ils ne peuvent lui refuser, s'ils veulent remplir toutes les obligations qui leur sont imposées.

Tous les médecins amis de l'humanité doivent aussi fixer leur attention sur ce procédé; ils doivent le méditer avant d'en condamner l'application, et sur-tout avant d'en faire usage; car, autant il doit avoir de succès entre des mains habiles, autant l'homme ignorant et maladroit exposerait ses malades à des accidens graves.

Quant à moi, enthousiasmé du beau produit des recherches auxquelles M. Civiale se livre depuis l'année 1817, j'ai déjà essayé sur le cadavre des instrumens analogues que j'ai fait construire, et tout m'annonce des résultats aussi décisifs que ceux obtenus par cet ingénieux chirurgien (1).

Nous ne pouvons mieux terminer cette note qu'en rapportant les faits et les réflexions contenus dans le rapport de M. Percy.

« I.re *Obs.* — Le 13 janvier dernier, nous nous rendîmes au domicile de M. Civiale, où étaient déjà arrivés plusieurs médecins et chirurgiens d'une réputation honorable, tels que MM. Larrey, Giraudy, Nauche, Sue, Sédillot et autres, et nous y trouvâmes le sieur Gentil, âgé de 32 ans, ayant depuis près de quatre, une pierre assez grosse et dure, de l'existence de laquelle nous nous assurâmes par une exploration décisive; et qui, plein de courage et de résolution, attendait le commencement d'une épreuve, dont il espérait bien sortir sain et sauf, et de laquelle il

(1) Pour faire fabriquer ces instrumens, j'ai eu recours à M. Henri Greiling, dont l'adresse et l'intelligence sont déjà connues et appréciées par beaucoup de praticiens. Il demeure quai Pelletier, N.° 36.

avait mûrement calculé les chances avant de s'y soumettre, et de lui donner la préférence sur l'opération ordinaire. S'étant placé lui-même sur un petit lit, et la pierre ayant été de nouveau reconnue, M. Civiale fit pénétrer jusqu'à elle, et presque du premier coup, la grosse sonde droite, portant dans son intérieur la pince et le lithontripteur. Le méat urinaire n'offrit aucune résistance au passage de cette sonde préalablement enduite de cérat, et la pierre fut chargée d'emblée. Alors on procéda à la trituration. Chaque coup d'archet fit entendre à tous les assistans un bruit ou craquement qui annonçait à-la-fois la dureté d'une pierre murale ou d'oxalate de chaux, et la vivacité de son morcellement. Trois fois l'opérateur reprit haleine, et donna relâche au patient, qui éprouvait plus de gêne que de douleurs réelles. Au bout de 40 minutes, le sieur Gentil descendit seul du lit, rendit avec un peu d'urine l'eau qu'on lui avait injectée dans la vessie, et fut bien content de rejeter en même temps des débris nombreux de sa pierre, qu'on jugea devoir être diminuée d'un tiers dans cette première séance. Il y en eut une seconde le 24 du même mois, et nous eûmes la satisfaction d'y voir, outre les témoins de la précédente, M. Magendie, notre savant collègue, et MM. Serres et Aumont, dont les noms sont si avantageusement connus. Le brisement de la pierre fut continué sans aucune circonstance digne de remarque. Le 3 février suivant, la délivrance de Gentil fut complète; il sortit de la vessie lavée et détergée, une quantité plus considérable que jamais de fragmens et de *détritus* pulvérulens, qui, recueillis les uns et les autres, ont donné la mesure approximative de la pierre. Quelques bains de siège, quelques injections, et l'usage d'une boisson douce et détersive ont été les seuls auxiliaires d'une opération pour chaque reprise de laquelle le sieur Gentil venait à pied chez M. Civiale, et qui, de ce jeune homme depuis si long-temps triste et souffreteux, a fait le mortel le plus gai et le plus heureux.

» Nous l'avons revu plusieurs fois; nous l'avons sondé sans rien trouver, et tout annonce une cure parfaitement radicale, sauf toutefois les chances d'une récidive éventuelle dont la lithotomie elle-même ne préserve pas, et contre laquelle on peut d'autant moins établir une garantie positive, que, dans l'opération Civiale, la pierre étant très-divisée, il est plus facile d'en laisser un fragment dans la vessie, où il deviendrait bientôt un autre calcul. »

« IIe *Obs.* — Le nommé Laurent, de Reims, ayant été adressé par le docteur Simons, médecin de cette ville, à M. Civiale, et s'étant logé rue Chaussée-du-Ménil-Montant n.° 59, pour être opéré d'une pierre dont le noyau devait être un haricot blanc, selon une déclaration du malade qu'il serait indiscret et superflu de faire connaître ici, nous nous transportâmes le 4 février de cette année chez le calculeux, où M. le docteur Souberbielle, lithotomiste très-exercé et très-répandu, nous accompagna, conduit plutôt encore par le désir de voir prospérer la méthode nouvelle, que par la curiosité qu'elle devait naturellement lui inspirer. Quelques jours d'avance, M. Civiale avait mis dans l'urètre une sonde flexible,

d'abord du numéro 9, et graduellement d'un calibre plus fort, afin d'élargir ce canal et d'en rendre l'accès plus facile à la grosse sonde du brise-pierre. Celle-ci fut introduite sans obstacle, après la certitude itérativement acquise de l'existence du calcul que nous jugeâmes être peu compacte et de la grosseur d'un marron. Alors l'archet fut mis en jeu, et le corps étranger ne tarda pas à être entamé, mais sans qu'on pût entendre autre chose qu'un bruit sourd et parfois très-obscur. La vessie étant très-irritable et très-contractile, on abrégea la manœuvre, et on n'y revint que le 7, après qu'on eut fait usage de quelques sangsues et qu'on eut multiplié les injections émollientes. Dans cet intervalle, il était sorti plusieurs petits morceaux friables de la pierre, et beaucoup de sédiment salino-terreux. Le résultat de cette seconde opération fut l'éjection de quelques portions du calcul divisé, et de deux ou trois petites masses d'une matière animale visqueuse, qui, pressée entre les doigts, laissait sentir des granulations légères et faiblement agglutinées.

» Dans une troisième réunion, qui eut lieu le 10, la pince ayant saisi quelque chose qui parut peu solide et peu volumineux, il se trouva que c'était le haricot générateur de la pierre, lequel était dépouillé de son incrustation et portait un germe saillant assez gros et frais comme en pleine germination. Quelques jours après, nous nous assemblâmes pour la dernière fois avec MM. Souberbielle, Nauche, Delattre, etc., pour mettre fin à notre entreprise. La grosse sonde à trois branches ne ramena que de faibles fractions avec lesquelles se trouva pêle-mêle une sorte de membrane que nous prîmes d'abord pour une coque vide d'hydatides, et que nous reconnûmes ensuite être la pellicule du haricot. Le docteur Souberbielle ayant parcouru, en tous sens, la vessie avec une algalie ordinaire, annonça qu'il existait encore un fragment, mais cribleux, léger et susceptible d'une extraction facile. En effet, ce dernier fragment s'étant avancé de lui-même au-delà du col de la vessie, il fut aisé à M. Civiale de l'en retirer à l'aide d'une longue pince, dite de Hunter, et qu'on pourrait tout aussi bien appeler de Hallés, qui en a parlé le premier.

» Laurent, entièrement débarrassé de sa pierre et ivre de joie et de bonheur, partit au bout de peu de jours pour Reims, d'où il doit de temps en temps nous faire donner de ses nouvelles par le docteur Simons. »

« III.e *Obs.* — M. P., de Paris, vient tout récemment de nous fournir une troisième observation qui ne sera pas moins concluante que les deux premières. Ce jeune homme s'étant lui-même préparé à l'opération, soit en prenant quelques bains de siége, soit en se dilatant le canal urétral avec des bougies d'un calibre gradué, il y fut soumis pour la première fois le 2 du mois courant, en notre présence et sous les yeux de M. Souberbielle et de plusieurs de ses confrères. La pierre, de la grosseur d'un œuf de pigeon ou à-peu-près, mais n'ayant qu'une dureté médiocre, fut saisie et attaquée avec un plein succès. Le 5, on ne réussit pas à la trouver, et cette seconde séance fut nulle. M. Civiale ayant reconnu la nécessité d'employer un lithontripteur plus fort que celui qui avait servi

trois jours auparavant, pratiqua une légère moucheture à l'orifice de l'urètre; il ouvrit, par ce moyen, un libre accès à l'instrument, qui, dès-lors, agit en toute liberté et fit beaucoup d'effet. Le 18 eut lieu le troisième acte, auquel se trouvèrent M. le docteur Canin, ex-chirurgien principal des armées, M. le docteur Puzin, chirurgien-major des gardes-du-corps de Monsieur, frère du Roi, et plus de douze autres témoins également éclairés et honorables. Ce jour, introduire le lithontripteur, trouver et charger le calcul, quoique bien diminué, en ruginer, en moudre une grande partie, fut l'affaire de quelques momens. De petites agglomérations de graviers et beaucoup de sable très-fin, comparable à la terre des couteliers, furent rejetés avec les urines et les injections. On retira de la vessie, avec la longue pince de Hallés, trois ou quatre petits paquets d'un mucus enveloppant quelques grains calculeux. La cure fut regardée comme prochaine; on convint néanmoins que dans quelques jours M. P. serait de nouveau examiné et sondé; et que, dans le cas où l'on rencontrerait quelques débris de la pierre échappés aux dernières recherches, on l'en délivrerait par le moyen des injections, ou, s'il le fallait, par l'emploi de la pince dont il était loin de s'effrayer. Cette troisième opération va être suivie de plusieurs autres qui sont arrêtées d'avance; et incessamment un personnage d'un nom et d'un mérite éminens s'y soumettra pour une pierre qui, depuis long-temps, fait le tourment et le malheur de sa vie.

» Nous eussions bien désiré rencontrer une femme ayant un calcul, pour pouvoir la traiter et la guérir par la nouvelle méthode; ce qui doit être bien plus facile encore chez les femmes que chez les hommes, à raison de la structure toute différente des organes : structure qui donne de plus aux personnes du sexe l'avantage d'être infiniment moins sujettes à la pierre, dont elles peuvent de bonne heure rejeter les premiers élémens.

» Mais de quelque bon augure que soient les faits que nous venons de rapporter, il ne faut pas croire que les choses puissent toujours se passer aussi bien. On va voir qu'outre qu'il y aurait de la témérité à compter sur des succès constans et imperturbables, il est des cas dans lesquels l'appareil lithontripteur ne peut ni être appliqué, ni remplir l'objet de son application. Qu'une pierre, par exemple, ait des dimensions extraordinaires et sans proportion avec le développement de la pince destinée à la saisir, on sent que dans cette circonstance, qui, heureusement ne se voit que de loin en loin, il faudrait renoncer à la méthode lithontriptique et appeler à son secours la taille hypogastrique. Cette méthode ne sera pas moins impuissante à l'égard des pierres adhérentes, enkystées, chatonnées, lesquelles, par bonheur encore, sont aussi très-rares, et à cause de leur fixité, de leur immobilité, font beaucoup moins souffrir et sont plus long-temps supportables que les calculs libres et errans, les seuls qu'on puisse charger et étreindre avec les instrumens de M Civiale. Des pierres ayant pour noyau une grosse aiguille métallique, un cure-dent, un cure-oreille d'or, d'ivoire, d'os, de baleine; un poinçon d'acier, un bout de

tuyau de pipe en corne ou en fer; une balle de plomb ou un petit éclat de bombe ou d'obus, comme on en trouve des observations dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, comme nous en avons vus et déposés dans les cabinets de la Faculté de médecine de Paris, et comme, avant nous, les Collot, Moinicken, Covillard, Mareschal, J. L. Petit, Morand, Desault, en avaient trouvé dans quelques-unes de leurs opérations; de pareilles pierres assurément ne seraient pas destructibles par notre mécanique, quoique, pour tout dire, elles pussent, à sa faveur, perdre de leur volume, de leur pesanteur, et devenir un peu moins douloureuses, ce qui ne les mettrait pas encore hors du domaine de la taille.

» Par le procédé Civiale, on parviendrait sans doute à user et à briser un noyau de prune autour duquel se serait formée une concrétion calculeuse, et telle qu'on en a vu deux ou trois fois. A plus forte raison viendrait-on à bout d'un épi de blé, de seigle ou de gramen commun, ou d'un morceau d'allumette de sapin, ou d'un fragment de bougie, ou d'un gros pois, d'une fève, etc., comme les lithotomistes en ont trouvé au centre de plusieurs pierres. Quant aux haricots, nous avons fait à leur égard nos preuves d'une manière irrécusable; mais il est des vessies si sensibles, si rétrécies, si racornies, enfin tellement affectées, qu'on aurait bien de la peine à y faire agir les instrumens lithontripteurs, et qu'il serait peut-être imprudent de les y porter, quoiqu'on sache très-bien que l'état pathologique de la vessie ne dépendant souvent que de la présence de la pierre, quand elle est murale surtout, il suffit d'ôter ou de détruire ce corps étranger pour que le viscère se rétablisse même assez promptement.

» Les enfans, à moins qu'ils ne soient en très-bas âge, ne nous paraissent pas devoir être absolument exclus de l'opération Civiale. On objectera peut-être la petitesse de leur pénis; mais, outre que cette supposition est un peu gratuite puisque les attractions, les alongemens forcés que la douleur à l'extrémité de l'urètre les habitue à exercer sur cette partie, en accroissent singulièrement et prématurément la mesure et le volume; ne peut-on pas faire construire des instrumens assortis à cette classe si intéressante de calculeux, comme on a fait dans l'autre méthode, à laquelle nous ne sommes pas sûrs que, malgré cette précaution, il ne fallût en renvoyer plusieurs.

» D'après ce qui précède, et voulant tenir un juste milieu entre l'enthousiasme qui exagère tout, et la prévention contraire qui cherche à tout rabaisser, nous estimons que la méthode nouvelle proposée par M. le docteur Civiale, pour détruire la pierre dans la vessie sans le secours de l'opération de la taille, est également glorieuse pour la chirurgie française, honorable pour son auteur, et consolante pour l'humanité; que nonobstant l'insuffisance dont elle peut être dans quelques cas, et la difficulté de l'appliquer dans quelques autres, elle ne peut manquer de faire époque dans l'art de guérir, qui la regardera comme une de ses ressources

les plus ingénieuses et les plus salutaires ; enfin, que M. Civiale, qui a bien mérité de sa noble profession et de ses semblables, a aussi acquis des droits à l'estime et à la bienveillance de l'Académie, dans le sein de laquelle la philantropie a son culte, comme les sciences y ont leur autel.

» *Signé* CHAUSSIER, PERCY, *rapporteur.*

» L'Académie approuve le rapport et en adopte les conclusions. »

Expériences sur le traitement du tœnia, faites à l'hospice de la Charité.

Quelle que soit la répugnance que tout médecin ennemi du charlatanisme éprouve à parler d'un remède secret, elle doit naturellement cesser lorsque l'efficacité de ce même remède se trouve constatée par de nombreuses cures et des expériences publiques. C'est ce qui vient d'avoir lieu à l'hospice de la Charité, pour le traitement du tœnia, par la potion du docteur Darbon. Déjà ce médecin avait fait un semblable essai, il y a deux ans, à l'Hôtel-Dieu et à ce même hospice, et les journaux avaient rapporté des attestations de cures semblables qui lui ont été délivrées par plusieurs médecins, entre autres par M. le professeur Moreau. Voulant imprimer à son mode de traitement un nouveau degré de confiance, M. Darbon a réuni le 6 mai, dans l'hospice de la Charité, huit malades, dont cinq hommes et trois femmes, et, sans aucune préparation préliminaire, il leur a administré, en présence de MM. les docteurs Fouquier, Lherminier, Chomel, Roux, Boyer, Louis, etc., sa potion, qui était bourbeuse, d'une couleur chocolat, d'une odeur aromatique très-forte et d'une saveur amère : deux de ces malades cinq heures après, et les autres de deux à trois heures, et plus tard, ont poussé une selle avec quelques fragmens de tœnia, et aux secondes ou troisièmes le restant de ces vers. Un enfant qui n'était âgé que de douze ans, et qui, de même que son père, faisait partie des malades soumis à ce traitement, ne le rendit qu'à l'aide d'un lavement. Pendant l'action de ce médicament aucun n'a éprouvé la moindre irritation, si ce n'est deux ou trois légères coliques dont eut à souffrir une dame qui avait ses menstrues. Une autre de ces dames rendit six tœnia, dont les six têtes furent bien reconnues. De ces treize vers qui furent ainsi expulsés, douze appartenaient à l'espèce *tœnia solium* et un seul au *lata*. L'expulsion de ces vers eût été plus prompte, si M. Darbon eût administré une heure après son remède deux onces d'huile de ricin ; mais comme on aurait pu attribuer le succès de son expérience aux vertus anthelmintiques de cette huile, il ne la donna à ses malades que trois jours après l'expulsion du ver. Pour rendre cet essai plus complet et plus intéressant, M. le docteur Darbon se propose de réunir dans trois mois dans le même hospice, ces huit malades, d'y en joindre huit autres, et de faire prendre à chacun la même dose de sa potion prise dans la même bouteille, et de démontrer ainsi, par l'expulsion des vers des derniers, et son action nulle sur les premiers, qu'ils

en ont été radicalement guéris. Une expérience si décisive ne pourra laisser aucun doute sur l'efficacité d'un médicament dont la publication serait un grand service qu'on pourrait rendre à l'humanité. Au reste, l'observation de chacun de ces malades a été recueillie avec soin par M. Louis; et lorsque la seconde épreuve aura eu lieu, nous publierons ces observations dans les *Archives*.

Exposé sommaire d'une médication nouvelle par la voie de la peau privée de son épiderme, ou par celle des autres tissus accidentellement dénudés; par MM. Ant. Lembert *et* A. J. Lesieur, *internes des hôpitaux.*

Frappés de l'insuffisance des moyens ordinaires de thérapeutique, ainsi que de l'impossibilité d'y recourir dans un grand nombre de cas où la déglutition ne peut avoir lieu, nous avons été conduits à rechercher une nouvelle voie pour l'introduction des médicamens. En réfléchissant à l'analogie de texture et de fonctions des deux membranes tégumentaires, nous avons cru que les frictions si anciennement connues, et tant préconisées par M. Chrétien de Montpellier, pourraient satisfaire à ces indications si embarrassantes pour le praticien; mais de nouvelles expériences sur ce sujet, nous ont bientôt appris combien ces moyens, quoiqu'utiles par fois, sont incertains et bornés. On en trouve facilement la cause dans l'obstacle puissant que l'épiderme apporte à l'absorption cutanée. Aussi avons-nous été naturellement amenés à dénuder la peau par les vésicans, et à confier au corps réticulaire la plupart des médicamens. Nous avons fait l'application de cette méthode, sous les yeux du professeur Bertin, et le succès ayant dépassé nos espérances, nous avons bientôt entrevu l'extension qu'on pouvait lui donner, et les secours nombreux qu'elle devait offrir à la thérapeutique, la matière médicale et la pathologie. Dès-lors nous nous sommes proposés de traiter ce sujet sous le nom de méthode *emplasto-dermique*, dans un travail que nous publierons sous peu.

Encouragés par le suffrage de plusieurs praticiens distingués auxquels nous en avons fait part, nous nous sommes décidés, d'après leur avis, à nous en assurer la propriété, et à en donner un exposé succinct dans ce Journal.

Cette méthode consiste, comme nous l'avons déjà dit, dans l'application préliminaire des vésicatoires sur une partie quelconque du corps, et dans l'apposition consécutive des médicamens sur les points dénudés. On prend également pour voie de médication, les plaies, les ulcères et autres surfaces accidentelles. Il est avantageux de faire usage de corps qui, sous un petit volume, jouissent de propriétés actives, quoiqu'on puisse obtenir le même résultat de toute autre substance dont on réitère l'application plusieurs fois dans la journée. En graduant la dose des médicamens, nous sommes arrivés à connaître celle de plusieurs d'entr'eux, sans jamais compromettre la santé des malades. Lorsque les substances jouissaient d'une propriété topique trop irritante, nous y avons remédié

en les incorporant au cérat ou à la gélatine ; si parfois elles desséchaient le vésicatoire, on les unissait à la pommade épispastique. C'est en procédant ainsi que nous sommes parvenus à calmer, par l'acétate de morphine, l'insomnie d'un assez grand nombre de malades, à enlever des douleurs rhumatismales anciennes, à guérir des catarrhes pulmonaires chroniques qui avaient résisté à tout autre traitement. C'est ainsi que par le sulfate de quinine nous avons fait promptement cesser des fièvres intermittentes (tierces et quartes) vainement combattues depuis plusieurs mois par le quinquina et la quinine administrés sous toutes les formes à l'intérieur. Une névralgie temporale très-intense, compliquée d'hystérie, a presque subitement cédé à l'acétate de morphine associé à l'assa-fœtida. Un des cas les plus remarquables, est celui d'un tétanos déterminé par l'application de noix vomique sur un vésicatoire, et dissipé presqu'instantanément, en substituant à cette dernière l'acétate de morphine, à la dose de deux grains, ce qui nous fait concevoir les plus grandes espérances pour la guérison du tétanos. Le musc, la poudre de digitale et l'acétate de plomb crystallisé, nous ont très-bien réussi par la voie des vésicatoires, dans les maladies du cœur, les congestions pulmonaires et les affections connues sous le nom d'asthme.

L'émétique introduit par cette voie, dans un cas d'érysipèle bilieux, et dans un cas d'apoplexie, a provoqué des sueurs et des évacuations alvines très-abondantes, ce qui a paru singulièrement activer l'absorption interstitielle. Les deux malades ont été guéris très-promptement; les purgatifs, les diurétiques, les sudorifiques et même les incisifs, ont, dans plusieurs cas, agi plus énergiquement qu'à l'intérieur.

Nous nous bornons à ce court énoncé, qui suffira peut-être pour fixer, sur cette méthode, l'attention des praticiens. Nous ne prétendons cependant pas l'ériger en panacée universelle, trop heureux si nous pouvons offrir à l'homme souffrant quelques secours de plus, et reculer un peu les bornes de la thérapeutique.

— MM. Bouvier, Devergie et Gerdy ont été nommés aggrégés à la Faculté de Médecine, section des sciences préliminaires et accessoires.

— M. Dupuytren vient de faire l'opération de la taille suivant une nouvelle méthode et à l'aide d'un instrument nouveau. L'une pourrait être appelée *taille transversale*, et l'autre *lithotome caché double ;* ce dernier porte en effet deux lames, disposées de manière à couper en même temps à droite et à gauche en retirant l'instrument de la vessie. On introduit le cathéter, on incise la portion membraneuse de l'urètre, on introduit le lithotome dans la vessie, on l'ouvre, et en le retirant on divise la prostate de chaque côté, de manière à la partager en deux moitiés, l'une antérieure et l'autre postérieure. Par cette méthode, l'opérateur doit éviter de blesser les canaux déférens, le rectum, et les artères transverse du périnée et honteuse. M. Dupuytren a opéré un enfant il y a peu de jours ; il ne s'est encore développé aucun accident.

— Les chirurgiens doivent essayer de se servir des *sondes droites* dans

l'opération du cathétérisme ; elles paraissent offrir plusieurs avantages que n'ont point les sondes courbes ordinaires. Le pénis est tenu de la main gauche, et tiré un peu en avant ; la sonde est introduite dans l'urètre ; le bout appliqué particulièrement sur la paroi antérieure ou supérieure ; on sent qu'elle franchit le ligament pubien, alors on abaisse l'instrument sans trop appuyer sur l'extrémité qui doit pénétrer dans la vessie, et si la prostate arrête l'instrument, il suffit de le tourner entre les doigts, ou de le retirer un peu à soi, et d'en diriger le bout un peu plus en haut, pour arriver dans la vessie. Avec la sonde droite, on agit avec plus d'assurance, sans craindre de dévier à droite ou à gauche ; on peut faire éprouver à l'instrument un mouvement de rotation sur lui-même extrêmement avantageux ; on peut, après le mouvement d'abaissement, chercher avec beaucoup de facilité la direction du canal. Une sonde légèrement courbe ne présente pas les mêmes avantages que la sonde tout-à-fait droite de M. Amussat. C'est sur-tout lorsqu'on veut franchir une portion rétrécie du canal, que l'on doit exécuter utilement le mouvement de rotation dont nous avons parlé.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

Fig. 1.re AAAA. Portion de l'intestin grêle située au-dessus de l'obstacle, et distendue naturellement par des gaz.

BBBB. Intestin cœcum.

EE. Portion du colon ascendant.

FFF. Portion du mésentère.

GGG. Anse intestinale engagée sous l'arcade HHH.

HHH. Diverticule formant l'arcade indiquée.

Fig. 2.me Représente une portion de l'iléon, de laquelle naissait l'appendice, et cet appendice lui-même. L'intestin est fendu suivant sa longueur, et vu du côté de la membrane muqueuse.

AAA. Portion de l'intestin iléon située au-dessus de l'origine du diverticule.

BBB. Portion de l'intestin iléon située au-dessous de l'origine de ce diverticule.

C. Portion du mésentère.

D. Stylet introduit dans l'appendice FF.

E. Sonde de femme introduite dans la cavité de l'appendice externe HH. qui formait l'arcade.

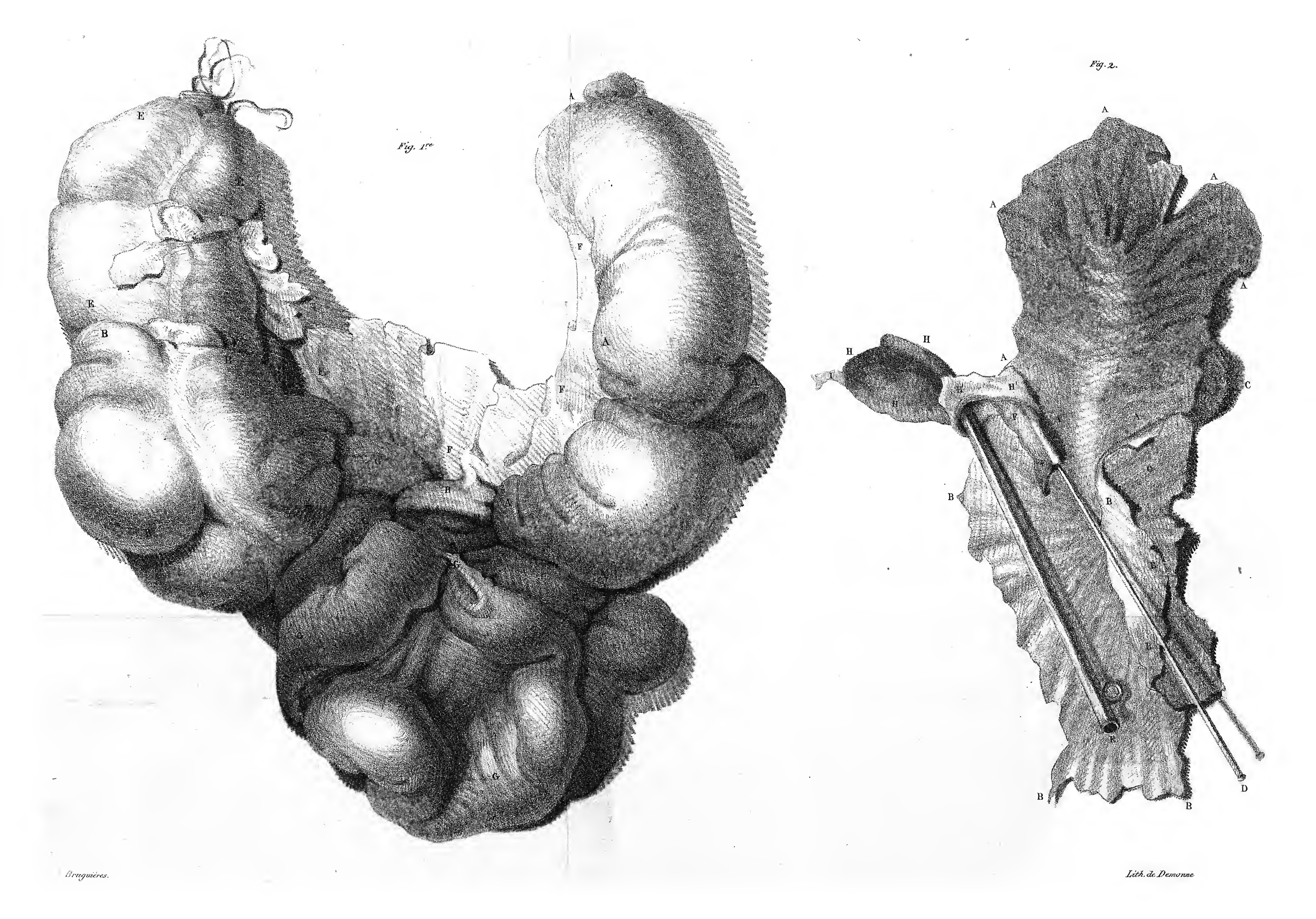
FF. Appendice interne qui était libre et flottant dans la cavité de l'intestin.

HHH. Diverticule déjà indiqué.

H'H'. Portion de l'appendice renversée.

I.' Portion du tissu cellulaire détaché du point où l'appendice HH. était adhérent à l'iléon.

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.° 20.


Fig. 1re
Fig. 2.
Bruguières.
Lith. de Demonne

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

Mémoire sur les maladies vénériennes; par A. Richond, *D.-M.-P., chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg, etc.*

Il est peu de maladies qui méritent autant de fixer aujourd'hui l'attention des médecins, que celles qui sont considérées comme produites par le virus vénérien. En effet, malgré la quantité innombrable d'ouvrages dont elles ont fait le sujet depuis le quatorzième siècle, l'on est encore bien loin d'avoir des idées exactes sur leur essence, leur mode de développement, le traitement qu'elles réclament; et leur domaine est infesté d'une foule d'erreurs et de préjugés dont l'honneur de la science réclame une prompte justice.

Courbés sous le joug des autorités de leurs devanciers, la plupart des médecins qui se sont occupés de ces affections semblent s'être bornés au rôle d'historiens. Loin d'oser porter un regard scrutateur sur les bases d'une théorie dont on leur enseignait les principes, et de soumettre chaque opinion au creuset de l'expérience et du raisonnement, ils se sont traînés servilement dans le sentier qui leur avait été frayé, et au mépris des connaissances que leur fournissait l'étude de la physiologie sur le mécanisme et les lois de la vie, ont répété successivement

qu'un être subtil, corrosif, acide ou alcalin, est la cause de tous les accidens; qu'il peut s'introduire dans l'économie, y rester caché pendant un temps illimité sans annoncer sa présence; préparer dans l'ombre du mystère des coups d'autant plus dangereux, que, comme un Protée, il peut revêtir mille formes diverses, et se jouer des efforts du médecin qui le poursuit; enfin, que le mercure a seul la faculté de s'opposer à ses conquêtes, et de borner sa maligne influence. Aussi les principales différences qu'on trouve dans leurs ouvrages, consistent dans la variété des préparations mercurielles qui y sont préconisées, et des explications qui sont données de leur manière d'agir. Comment s'étonner, après cela, que la théorie de ces maladies soit vague et obscure, qu'il règne de l'incertitude dans la pratique, et que la thérapeutique soit livrée à l'empirisme?

Après avoir été conservée à-peu-près intacte pendant trois siècles, la théorie de la spécificité de la maladie vénérienne fut attaquée en 1811, par un auteur anonyme, dans un petit Traité intitulé : *De la non-existence de la Maladie vénérienne*. Après lui, M. Jourdan s'éleva aussi contre elle, et dans des articles d'une profonde érudition, insérés dans le *Journal Universel des Sciences médicales*, année 1816, tâcha de faire ressortir le ridicule de la plupart des dogmes dont elle se compose. Mais quoique ses raisonnemens fussent sévères et ses argumens puissans, peu de personnes furent ébranlées dans leur croyance, vu que ce travail ne contenait pas de faits, et que seuls ils pouvaient convaincre. Depuis cette époque, la pratique n'a point changé, et sauf quelques légères modifications qui ont été apportées par les principes de la nouvelle doctrine médicale, elle a toujours été dirigée d'après l'idée d'une nature spécifique de la maladie.

Placé dans les circonstances les plus favorables pour observer ce genre d'affections, puisque je suis chargé,

dans l'hôpital militaire de Strasbourg, de la direction des malades qui en sont atteints, je me suis, depuis deux ans, occupé d'une manière presqu'exclusive de leur étude. J'ai apporté, dans l'examen des divers phénomènes dont se compose leur vaste domaine, toute l'attention dont je suis capable. J'ai tâché de saisir leur mode de développement, leur succession, leur enchaînement, et d'apprécier à leur juste valeur l'efficacité des moyens dont l'habitude a consacré l'usage ; et tels sont les résultats auxquels j'ai été conduit par l'observation de plus de deux mille malades, que je ne crains pas de m'élever contre l'existence du virus vénérien. Depuis un an, je suis entièrement convaincu que son admission est chimérique : depuis cette époque, presque tous mes malades ont été traités sans mercure, et je puis prouver, par les certificats de MM. les chirurgiens-majors des corps qui composent la garnison, que la guérison a été solide et rapide (1).

(1) Je crois devoir rapporter ici textuellement le certificat qui m'a été donné par M. Bobillier, chirurgien-major du 61.me régiment, vu que ce médecin est avantageusement connu dans le monde médical, et que son assentiment est précieux en faveur de ma cause :

« Je soussigné docteur en médecine, chirurgien-major du 61.me régiment d'infanterie de ligne, certifie avoir envoyé à l'hôpital militaire de Strasbourg, depuis le 1.er avril 1823, trois cents soixante hommes dudit régiment, atteints de maladies vénériennes : que sur ce nombre il ne s'en est trouvé (d'après les notes exactes que j'en ai tenues), que vingt-neuf qui sont rentrés à l'hôpital une ou plusieurs fois pour la même maladie ; mais je puis affirmer que, de leur propre aveu, la plupart s'étaient exposés à une nouvelle contagion, ou s'étaient appliqués des caustiques pour déterminer des ulcères. Tous les autres malades, quoiqu'ayant été traités sans mercure, n'ont éprouvé aucune récidive.

» En conséquence, je me félicite de pouvoir déclarer que la méthode de traitement employée par M. Richond, est très efficace et très-rationnelle, et que ce médecin mérite des louanges pour les efforts qu'il fait, afin de ramener la thérapeutique des maladies vénériennes à son véritable principe. En mon particulier, je fais des vœux bien sincères pour que ses travaux soient couronnés par un entier succès.

» Strasbourg, le 12 mars 1824. »

» *Signé* Bobillier. »

Me proposant de publier un travail étendu sur les maladies vénériennes, dans lequel je ferai connaître, d'une manière détaillée, les résultats importans que j'ai obtenus, et où j'exposerai les règles de traitement que l'observation m'a démontré devoir être suivies dans le plus grand nombre de circonstances; je vais me borner à présenter ici quelques propositions générales, pour me mettre à l'abri du reproche que l'on pourrait me faire plus tard, d'avoir emprunté à autrui des opinions que je professe et ne cesse de publier depuis un an dans cette ville. J'observerai à cet égard que les principales propositions que je vais émettre ici, ont déjà été consignées dans mon ouvrage sur *l'Influence de l'estomac sur la production de l'Apoplexie,* lequel fut livré au libraire, il y a déjà six mois; ce que pourrait constater M. le professeur Broussais, entre les mains duquel il a été à cette époque; bien avant, par conséquent, l'insertion dans son Journal, du petit travail de M. Dubled.

1.° Il n'existe pas de virus vénérien.

2.° La maladie vénérienne n'est qu'un composé de phénomènes divers produits par l'irritation.

3.° Les symptômes qui composent son domaine, n'ont pas seulement été observés depuis l'épidémie de 1495. On les trouve mentionnés dans les écrits d'Hippocrate, Galien, Alexandre de Tralles, Salicetus, Gordonius, Lanfranc, Guy-de-Chauliac, Pierre d'Argelata, Valescus de Tarenta, et d'une foule d'autres médecins qu'il serait trop long de citer ici.

4.° Si en 1495 ils furent plus fréquens, c'est qu'il régnait alors une épidémie de gale pustuleuse, très-grave et contagieuse, et qu'à raison de l'intimité des liens qui unissent la peau et les organes génitaux, ceux-ci dûrent être souvent affectés.

5.° Le développement des symptômes vénériens peut avoir lieu spontanément, c'est-à-dire, sans contact d'un

pus irritant, et par le seul usage immodéré des plaisirs vénériens, sur-tout dans les climats brûlans où la sensibilité est plus exquise. C'est ce qui conste des observations de plusieurs médecins, et sur-tout de Weizmann, qui a vu les phénomènes les moins équivoques de la vérole se manifester après la première nuit de leurs noces, chez des Turcs parfaitement sains, qui avaient cohabité avec des femmes dont la virginité ne pouvait être mise en doute. Ce médecin a observé, dans ces cas, que le mercure était efficace...... Faudra-t-il dire que c'était en neutralisant le virus ?

6.° Leur cause la plus ordinaire est pourtant le contact d'un pus irritant. Mais cette contagion ne prouve pas l'existence d'un virus ; car, à ce prix, il faudrait en admettre un pour expliquer la communication d'un coryza, d'une urétrite, d'une angine, d'une dysenterie. Il faudrait regarder, dans ces cas, l'économie comme étant infectée, et la cure comme n'étant que palliative, quand elle n'aurait été opérée que par des émolliens et des antiphlogistiques, ce qui serait évidemment ridicule.

7.° Les ulcères vénériens primitifs ne présentent pas de caractères distinctifs au moyen desquels on puisse les différencier de ceux produits par une cause différente. Leur forme, leur couleur, leur étendue varient à l'infini suivant le siège qu'ils occupent, le temps plus ou moins long depuis lequel ils existent, le degré d'intensité de la phlegmasie, et suivant l'excitabilité des sujets.

8.° Les bubons n'ont rien de distinctif ; ils ne doivent pas être attribués à la présence du virus dans la région qu'ils occupent, ni être considérés comme une preuve de l'infection des humeurs : ils sont tout simplement un produit de l'irritation sympathique des ganglions, et formés de la même manière que ces engorgemens, qu'on voit se manifester à l'aine chez les personnes qui ont une plaie à la jambe, une écorchure aux pieds, une engelure

ou des hémorrhoïdes, comme l'a observé Cruikshank : au col, chez celles qui ont une angine ou des douleurs de dents : à l'aisselle, chez celles qui ont un panaris, ou qui se sont piquées avec un scalpel empreint de l'humeur sanieuse d'un cadavre à demi-putrifié. Dans tous ces cas, il y a irritation sympathique et non transport d'un virus.

9.° Le développement d'un nombre plus ou moins grand de ces ganglions dans diverses parties du corps ne prouve pas davantage la présence dans l'économie du virus; puisque, comme nous le savons, les diverses parties du système lymphatique sont tellement unies entre elles, que quand une irritation se développe et se prolonge dans un des points de son étendue, elle retentit bientôt dans les autres, et peut en les altérant donner lieu à ce qu'on appelle diathèse.

10.° Les duretés, les callosités des bords et de la base des ulcères de la verge ou de l'aine, ne sont que des produits de l'irritation prolongée des tissus affectés. Il en est de même des produits cartilagineux, fibreux et même osseux qui peuvent y être développés.

11.° Il est ridicule de supposer, quand on connaît la continuité d'action des vaisseaux absorbans, que le virus puisse rester niché pendant 8, 10 et même 15 jours dans la partie sur laquelle il a agi, et qu'à l'aide de la cautérisation, de l'extirpation ou d'un traitement mercuriel local, on puisse mettre l'économie à l'abri de l'infection.

12.° Il ne l'est pas moins de prescrire un traitement par précaution, comme le font la plupart des praticiens. Le mercure n'agit en effet, de l'aveu de la pluralité des médecins, qu'en portant son action sur le système lymphatique et glandulaire, et établissant sur eux une révulsion; or, s'il n'existe pas d'irritation, qu'a-t-il à révulser? Quel effet peut-il produire? N'est-il pas aussi inutile que le seraient des sangsues mises à l'épigastre pour prévenir une gastrite à venir, des frictions d'onguent sulfureux pour prévenir une affection psorique?...

13.° Si après des guérisons obtenues par des moyens localement administrés et simples, on ne voit pas de phénomènes consécutifs se manifester, il ne faut pas en conclure que le virus a été détruit dans la partie malade, mais bien que son admission était chimérique.

14.° L'infection générale de l'économie est une supposition tout-à-fait gratuite, démontrée fausse par l'observation ; en effet, les individus qui sont atteints d'excroissances à l'anus, d'ulcères dans la gorge, ou de pustules sur la peau, ont un sang tout aussi pur, tout aussi vermeil que celui de l'homme qui jouit d'une santé parfaite ; leurs humeurs, quelles qu'elles soient, déposées sur les parties d'une autre personne, n'occasionnent aucun accident. Leur énergie, leur embonpoint, leur coloration sont conservés, leurs fonctions s'exécutent avec régularité. Les plaies développées accidentellement sur leurs parties se cicatrisent aussi facilement que dans des circonstances tout-à-fait différentes : sont-ce là des signes d'infection, de corruption de l'économie ?

15.° Il est ridicule d'admettre que le virus vénérien, qu'on est obligé de représenter comme acide, corrosif, etc., pour expliquer le développement des symptômes primitifs, puisse rester impunément dans l'économie ; qu'il circule avec le sang et se présente aux organes éliminateurs sans jamais être expulsé ; qu'il ne soit point altéré par les puissances absorbantes auxquelles ne peuvent pas résister les balles de plomb, les os, les pierres, ni même les substances les plus hétérogènes ; qu'au milieu du mouvement de composition et de décomposition qui s'exécute sans cesse, il n'éprouve aucune modification.

Quelle puissance paralysait son action ? et quelle cause réveille sa colère ? Jouit-il de la perceptibilité ? et sait-il choisir le moment favorable pour frapper avec avantage ? Pourquoi n'agit-il pas directement sur les parties qui le contiennent, ni sur celles qu'il est obligé de traverser

pour aller exercer sa maligne influence sur les parties extérieures? A-t-il une affinité particulière pour la peau et pour les muqueuses anale et pharyngienne? Mais, dans ce cas, pourquoi ne se porte-t-il pas sur ces parties immédiatement après son introduction dans l'économie? Pourquoi cette incubation de 3, 4, 8, et même 10 ans? Pourquoi n'agit-il pas de l'intérieur à l'extérieur, comme cela devrait être?

Qu'on réfléchisse froidement à ces questions, et qu'on juge de la solidité d'une théorie qui nécessite de telles explications.

16.° Le développement des symptômes considérés comme annonçant une vérole constitutionnelle, ne prouve pas l'existence d'un virus: 1.° parce que, de l'aveu de presque tous les médecins, ils peuvent se manifester chez des individus qui n'ont eu aucun signe d'infection; 2.° parce que rien ne peut démontrer qu'ils dépendent réellement de cette infection éloignée: 3.° enfin, parce que s'ils en étaient une dépendance, on pourrait se rendre compte du fait d'une manière beaucoup plus rationnelle.

17.° L'existence du virus ne peut pas être démontrée par le caractère particulier des affections produites; car, pour l'homme sans prévention, les signes caractéristiques donnés par les auteurs sont tout-à-fait illusoires.

18.° Elle ne peut pas l'être par l'efficacité du mercure, car ce métal ne guérit pas toujours: 1.° quelquefois il est inerte, et dans beaucoup de circonstances il aggrave le mal; 2.° il est efficace dans des affections évidemment étrangères au virus vénérien; et 3.° enfin, ces affections réputées spécifiques peuvent très-bien céder à des moyens autres que le mercure.

19.° De ce que les symptômes de la syphilis se remarquent chez des individus qui ont eu antérieurement des accidens vénériens, il serait peu sage de conclure que la maladie dernière est une dépendance de la première;

car, à ce prix, on pourrait sans inconvénient attribuer à la même cause les pleurésies, les péritonites, les gastrites et toutes les autres maladies dont serait atteint le sujet, postérieurement à une infection vénérienne.

20.° Les parties des organes génitaux qui ont été irritées pendant un certain temps, sont par cela seul plus disposées à s'irriter encore : il en est de même pour les ganglions lymphatiques; or, dans les cas de réapparition du mal, il ne doit pas plus être supposé de virus ici, qu'on n'en suppose pour s'expliquer les rechutes d'ophthalmies, d'angines, de rhumatismes, etc.

21.° Quand le gland ou le prépuce ont été enflammés et ulcérés pendant un certain temps, l'irritation retentit aux aînes, et les ganglions qui s'y trouvent sont surexcités. Il résulte de cette disposition qui se conserve un certain temps, que si peu de temps après sa sortie de l'hôpital, le malade fait trop d'exercice, soit à pied, soit à cheval, ou bien s'il se livre au coït avec trop d'ardeur, l'irritation des ganglions se développe avec facilité, et il y a formation d'un bubon.

22.° Les organes génitaux ont, avec la peau, le pharynx et l'extrémité rectale, des connexions très-étroites qui peuvent rendre raison de la fréquence des phénomènes consécutifs développés sur ces parties.

23.° Si l'irradiation sympathique n'est point assez forte pour déterminer une irritation dans ces parties, elle l'est assez pour augmenter l'excitabilité des follicules qu'elles contiennent dans leur épaisseur, et les mettre dans les conditions favorables au développement de certains modes d'irritation, si des agens extérieurs viennent à agir.

24.° La connexion qu'ont ces parties avec les organes génitaux, et leur exposition à l'action des agens extérieurs, sont deux raisons principales de la fréquence de leur altération.

25.° Les organes génitaux ont, en outre, des liens assez étroits avec le tissu fibreux des membres, et sur-tout celui qui enveloppe les os, ce qui peut expliquer le développement de certaines douleurs sourdes, profondes, des exostoses et des périostoses.

26.° A l'époque où les vétérans ont été obligés de quitter la vie domestique pour rentrer dans leurs régimens, j'ai reçu dans mes salles beaucoup d'individus atteints d'excroissances à l'anus : elles avaient été produites par la marche, c'est-à-dire, par l'excoriation des boutons développés à la marge de l'anus par le frottement de ces parties. Parmi ces malades, il en était beaucoup qui avaient fait des traitemens mercuriels. Aurait-il fallu considérer chez eux le mal comme un phénomène local, et chez les autres comme étant une preuve d'infection ?

27.° L'usage du mercure est, dans beaucoup de circonstances, la cause prédisposante au développement de ces phénomènes consécutifs, car il active les fonctions des follicules muqueux ou sébacés, les excite, et les rend, par conséquent, plus propres à l'irritation. J'ai vu bien souvent des dartres, des excroissances, des ulcères produits par son emploi long-temps prolongé.

28.° Les ulcères de la gorge, les affections de la peau, etc., sont fort souvent produits par l'irritation de l'estomac. Il en est de même des douleurs des membres, des irritations du système fibreux et osseux.

29.° En général, les symptômes graves de vérole constitutionnelle s'observent chez les sujets excitables, délicats; chez ceux qui commettent fréquemment des excès en femmes ou en liqueurs alcoholiques.

30.° Par la prolongation d'une irritation fixée sur les organes génitaux ou dans l'aîne, il se manifeste assez souvent une irritation viscérale qui mérite de fixer l'attention du praticien.

31.° A mesure que les esprits sont revenus de cette terreur qu'on leur avait inspirée pour la vérole, et qu'ils ont observé les phénomènes avec plus d'attention, ils sont aussi revenus sur la sévérité des moyens à employer: ainsi, les traitemens par la salivation ont été proscrits; les applications mercurielles locales qui, après les traitemens par extinction et par la liqueur de Van-Swiéten, furent regardées comme nécessaires, ont été abandonnées. L'inflammation n'est plus regardée comme spécifique; elle est assimilée à toutes les autres, et traitée de même. Le plus grand nombre de médecins accordent que les ulcères primitifs peuvent guérir parfaitement sans mercure : de plus, on a cherché à établir des distinctions entre les ulcères véritablement vénériens et ceux qui ne le sont pas, vu que l'observation démontre que le plus grand nombre des malades qui se guérissent par des moyens purement locaux sont totalement et bien guéris pour l'avenir, ce qui contrarie la théorie du virus. On a distrait du domaine syphilitique la blennorrhagie, et malgré quelques symptômes de vérole qu'on observe quelquefois après elle, on la considère comme produite par une irritation locale et non spécifique. Tout prouve donc que le voile qui recouvre ces maladies est prêt à être déchiré, et que l'époque n'est point éloignée où la théorie mystérieuse des maladies vénériennes sera totalement renversée.

32.° L'efficacité avec laquelle ont été employés tous les moyens qui ont été proposés depuis le quatorzième siècle, prouve la non-spécificité de la maladie. En effet, si avec des dépuratifs, des sudorifiques, des purgatifs, du mercure sous toutes les formes, de l'alcali volatil, de l'opium, de la pommade oxygénée, du muriate d'or et même du sucre, on a obtenu des succès, il est bien évident que c'est parce que la maladie guérirait seule, ou du moins parce qu'elle n'est pas due à un être malin,

invulnérable par toute autre arme que celle que les syphilomanes appellent spécifique.

33.° Le traitement des symptômes primitifs ou consécutifs de la vérole doit être approprié à la nature, au siège, à l'intensité du mal, mais il ne doit pas différer de celui qu'on emploierait, si leur origine n'était pas vénérienne.

34.° Les récidives, après un traitement local, émollient, ne sont pas plus fréquentes qu'après l'emploi du mercure; je crois même qu'elles doivent l'être moins.

35.° La blennorrhagie est une phlegmasie de la muqueuse urétrale, et non pas seulement de la fosse naviculaire.

36.° Quand il existe des douleurs vives dans l'émission de l'urine ou dans les érections, il faut recourir à des applications de sangsues faites sur le trajet du canal et sur la verge. Cinq à six sangsues suffisent ordinairement pour remplir le but qu'on se propose.

37.° Ces applications de sangsues ont le grand avantage de prévenir les chaudes-pisses cordées, d'empêcher l'extension de l'inflammation à la prostate et à la vessie, de diminuer l'écoulement, quelquefois de le dissiper entièrement; enfin, de rendre beaucoup plus rares les engorgemens de testicule.

38.° Si l'écoulement persiste malgré les sangsues, s'il n'y a plus de douleurs dans le canal, et si le tube digestif est sain, on peut recourir aux moyens capables de déterminer une révulsion sur le canal intestinal. Les substances que j'emploie avec le plus de succès, sont la teinture d'iode administrée à 20, 30 et 40 gouttes, soir et matin, dans une potion gommeuse; le copahu administré aux doses de 1, 2, 3, et jusqu'à 6, 8 gros, dans autant d'onces de vin blanc, et la térébenthine donnée de la même manière et aux mêmes doses. L'extrait de genièvre est aussi très-utile, mais il agit avec moins d'énergie.

39.° Toutes ces substances n'agissant qu'en excitant le tube digestif, et non pas par une propriété spécifique, comme l'ont dit M. Delpech, du poivre cubèbe, et M. Ribes, du copahu, l'on doit avoir soin de veiller à l'intégrité du tube digestif, et de remédier aux accidens qui pourraient être développés.

40.° Les prétendues stranguries, dysuries vénériennes, le catarrhe vésical, doivent être attaqués par de fortes applications de sangsues au périnée, des bains, des lavemens émolliens et des fumigations émollientes; le régime doit être sévère.

41.° L'engorgement des testicules n'est pas le produit de la suppression de l'écoulement urétral; le plus ordinairement, au contraire, c'est lui qui le fait cesser.

42.° S'il se manifeste, sur-tout dans le cours des urétrites, c'est parce que l'irritation fixée dans le canal retentit dans les autres parties composant l'appareil génital, accroît leur excitabilité et les prédispose à contracter l'irritation, sous l'influence des causes qui eussent été insuffisantes dans d'autres circonstances.

43.° Si ce n'est guère qu'à la fin des blennorrhagies qu'on le voit être produit, c'est qu'avant cette époque la concentration d'action dans le testicule était prévenue par l'irritation déjà existante; tandis que plus tard celle-ci étant très-faible, elle peut être aisément révulsée par celle qui se développe.

44.° C'est n'avoir aucune notion sur la théorie de la révulsion, que de supposer que l'introduction d'un algali ou une nouvelle infection pourront déplacer l'inflammation du testicule, car c'est, on le sait, l'action la plus forte qui opprime et obscurcit la plus faible, et évidemment ici l'irritation du canal doit être insuffisante contre celle du testicule.

45.° C'est par des applications de sangsues répétées, des bains, des cataplasmes, qu'on parvient à résoudre

l'engorgement du testicule. Tous les moyens résolutifs qu'on conseille ordinairement dans ces cas, m'ont paru inefficaces et dangereux dans les premiers jours.

46.° L'absence des douleurs n'est point un obstacle à la médication que je conseille, car la dureté et la tuméfaction de la partie sont des signes suffisans pour annoncer l'irritation.

47.° Les sangsues doivent être mises sur l'organe même, et au nombre de dix à douze chaque fois : placées sur les cuisses, au périnée ou à l'anus, elles sont sans effet.

48.° Si le cordon s'engorge et devient douloureux, on doit mettre des sangsues sur son trajet.

49.° On doit proscrire du traitement des ulcères de la verge, toutes les applications excitantes. Les onguens, quels qu'ils soient, les poudres, la charpie même, ne font qu'accroître l'inflammation et retarder la guérison.

50.° Je me contente, dans les cas ordinaires, de conseiller aux malades des bains de verge fréquens dans une décoction de graine de lin ou de jusquiame.

51.° Quand l'inflammation est vive, quand il existe de la douleur, de la tuméfaction, je recours aux applications de sangsues faites immédiatement sur le point malade, et j'obtiens beaucoup de succès.

52.° Une ou deux sangsues mises au centre d'un ulcère du gland ou du prépuce, suffisent le plus souvent pour borner ses ravages et diminuer la phlegmasie. A l'aide de huit ou dix mises au sommet du prépuce engorgé, rouge, douloureux, je parviens ordinairement à prévenir tous les accidens, et à ramener en peu de jours la partie à son état naturel.

53.° La crainte qu'ont les médecins de donner lieu à la formation d'une ecchymose ou d'ulcères, est tout-à-fait chimérique. En effet, l'ecchymose n'est rien, et ne mérite aucune attention ; et les ulcères sont si rares, qu'à peine sur quatre-vingts ou cent malades sur lesquels on met des

sangsues, en voit-on se former sur deux ou trois. Au reste, ces ulcères sont eux-mêmes sans gravité, et ils se dissipent avec facilité, si on ne met pas sur leurs surfaces des substances excitantes.

54.° Les petites applications de sangsues sont le meilleur remède à opposer à l'endurcissement comme cartilagineux du prépuce, qu'on observe quelquefois.

55.° Quand, par les antiphlogistiques et les émolliens, je n'ai pas pu réussir à calmer l'inflammation et l'engorgement du prépuce, et que des ulcères situés sur le gland nécessitent l'opération du phymosis, je me sers, pour la pratiquer, d'instrumens que j'ai fait construire à cet effet, et qui facilitent beaucoup l'opération.

56.° Quand l'ouverture du prépuce est assez large, je me sers des instrumens de Bell, que j'ai un peu modifiés. Ils consistent dans une sonde canelée, de 2 pouces de long à-peu-près, assez profonde pour recevoir et cacher un bistouri étroit. La sonde, étant introduite avec facilité, malgré les ulcères, les adhérences partielles, les rétrécissemens du prépuce, est portée vers le point qu'on veut inciser. Le bistouri est ensuite glissé dans sa canelure, et poussé vers le prépuce, qu'on coupe en le ramenant à soi. Avec ces instrumens l'opération est toujours facile, et elle peut être exécutée sur des individus chez lesquels ce ne serait qu'avec la plus grande difficulté qu'on parviendrait à introduire un bistouri garni d'une boulette de cire.

57.° Dans les cas où l'ouverture du prépuce est si étroite, que la canule dont j'ai parlé ne peut être introduite (ces rétrécissemens sont presque toujours congénitaux), je me sers d'un instrument que j'ai fait faire, lequel est à-peu-près, et en petit, la sonde à dard qui est employée pour l'opération de la taille suspubienne. C'est une canule en argent, très-grêle, présentant supérieurement deux anses pour fixer les doigts de l'opérateur,

un peu courbée et recevant un dard canelé à son extrémité. La canule étant introduite et portée vers le point convenable, je pousse le dard, j'incise sur lui dans une petite étendue, et aussitôt que l'ouverture est assez grande pour recevoir mon bistouri étroit, dont je me sers avec la canule de Bell, je la retire, entraînant le bistouri jusqu'au sommet du prépuce que j'incise ensuite en élevant le poignet. On pourrait encore faire pénétrer, si on le voulait, une sonde canelée ordinaire par l'ouverture qu'on a faite, et inciser ensuite sur elle de bas en haut. Je ne fais ici qu'indiquer rapidement ces procédés opératoires; je les décrirai soigneusement ailleurs.

58.° Après l'opération, il se manifeste souvent une inflammation vive, les lambeaux se tuméfient, se renversent, se couvrent d'une couenne grisâtre épaisse ; la verge acquiert un volume double et quelquefois triple ; la suppuration est abondante. Dans ces cas, il faut couvrir la verge et la plaie d'une douzaine de sangsues. Par elles seules on parvient quelquefois à prévenir la gangrène, qui surviendrait si on était retenu par la lividité de la peau ou son empâtement.

59.° Les applications de sangsues sur le prépuce tuméfié, dans le paraphymosis, sont aussi suivies d'heureux effets. J'en ai rapporté un exemple dans un des premiers numéros des *Annales physiologiques*, et j'en possède maintenant plusieurs autres.

60.° Le mode de cicatrisation des ulcères de la verge varie beaucoup suivant leur étendue, leur forme et leur siége ; cependant, en général, la cicatrice s'effectue de la circonférence au centre.

61.° La couenne grisâtre qu'on observe souvent sur ces ulcères, est un produit de l'inflammation, et se dissipe à mesure que la phlegmasie diminue.

62.° Parmi les lotions qui sont favorables pour hâter la cicatrisation des ulcères fongueux, indolens, celles qui

sont faites avec la dissolution de sulfate de cuivre m'ont paru les plus efficaces.

63.° Le médecin doit toujours tâcher de prévenir l'accroissement des engorgemens ganglionaires, et d'obtenir leur résolution; ce n'est que dans quelques cas particuliers qu'il peut être désirable de faire suppurer la tumeur.

64.° Il n'est pas de meilleur moyen à employer, pour arriver au résultat que j'indique (la résolution), que les sangsues appliquées sur la tumeur elle-même; leur nombre doit varier suivant l'étendue et l'intensité de la phlegmasie.

65.° Par ces applications, les douleurs sont presque toujours calmées rapidement; mais la suppuration n'est pas toujours prévenue quand la phlegmasie du tissu cellulaire entourant les ganglions est prédominante, et est déjà établie depuis quelques jours.

66.° Les bains, le repos, les cataplasmes émolliens, doivent aussi être prescrits contre les bubons commençans et douloureux.

67.° Pour opérer la résolution des engorgemens durs, indolens, anciens, contre lesquels le mercure en frictions est souvent inefficace, j'emploie avec la plus grande utilité les frictions faites chaque jour sur la tumeur avec un gros de teinture d'iode. Dans quelques cas, je recours aussi avec avantage aux vésicatoires volans plusieurs fois appliqués.

68.° Quand, malgré tous les émolliens et antiphlogistiques qu'on a employés, la suppuration s'est établie, il ne faut point attendre, pour donner issue au pus, que la tumeur soit totalement ramollie, qu'elle soit bien mûre, comme on le dit généralement, car le tissu cellulaire se trouve alors souvent détruit, les tégumens sans appui, et la cicatrice très-difficile à obtenir.

69.° C'est à l'aide d'une lancette, et en pratiquant une simple ponction que l'on doit donner issue au pus. Les

larges incisions, les incisions cruciales ont de graves inconvéniens.

70.° La potasse caustique est très-dangereuse dans le plus grand nombre de cas. En ajoutant à l'inflammation déjà existante, elle prédispose la partie à la pourriture d'hôpital, à la gangrène et au développement de ces callosités qui s'opposent à la guérison.

71.° Après la ponction, il ne faut pas introduire de mèche de charpie dans l'ouverture, ou il ne faut l'y laisser que le premier jour, car les bords deviendraient épais, calleux, et s'opposeraient à la cicatrice.

72.° Si les bords de l'ouverture qu'on a faite s'ulcèrent, se renversent; si la plaie acquiert de l'étendue, se recouvre d'une couenne grisâtre, exhale un pus abondant et fétide, il ne faut pas s'effrayer de tous ces accidens; ils sont produits par une trop vive inflammation, et on les dissipe avec facilité par l'application des sangsues sur le point affecté.

73.° C'est aussi par de petites applications de sangsues qu'on conduit à la guérison ces ulcères anciens, stationnaires, calleux sur leurs bords, durs à leur circonférence, qui ont résisté à tous les digestifs et tous les cicatrisans possibles. Une irritation chronique est la cause de leur durée, c'est elle qu'il faut détruire.

74.° Vouloir donner du ton à la partie par des lotions aromatiques et toniques, favoriser ou entretenir une suppuration louable à l'aide d'onguens divers, détruire les callosités à l'aide d'escarrotiques, combattre la faiblesse générale, dont on croit voir une preuve dans la lividité de l'ulcère, par les toniques et les analeptiques, c'est prendre la marche la plus propre à développer des accidens graves. C'est à cette pratique que sont dus bien souvent les engorgemens des ganglions sous-maxillaires qu'on observe si fréquemment dans les hôpitaux où elle est suivie, et le développement d'irritations viscérales trop souvent méconnues.

75.° Il arrive assez souvent que, chez les malades qui présentent ces bubons ulcérés, il se manifeste une gastro-entérite; soit qu'elle soit le résultat de l'irradiation sympathique émanant de la surface ulcérée, soit qu'elle soit produite par l'influence d'autres causes, elle n'en mérite pas moins de fixer l'attention; car si elle devient intense, elle influence d'une manière très-active la partie ulcérée, et devient une cause du développement de la pourriture d'hôpital ou de la gangrène.

76.° Quand la gangrène se développe dans la plaie d'un bubon, s'il existe en même temps fréquence et petitesse du pouls, chaleur, sécheresse de la langue, soif, ardeur, prostration et autres symptômes annonçant aux médecins étrangers aux principes de la doctrine physiologique, l'existence d'une fièvre putride, il faut se hâter d'attaquer la phlegmasie gastro-intestinale qui développe ces signes. Elle mérite les premiers soins : des émolliens, des sangsues à l'épigastre et une diète sévère doivent être prescrits. Sous l'influence de ces moyens, il est ordinaire de voir le calme renaître, la gangrène se borner et les escarres se détacher avec rapidité; tandis que par les toniques, les antiseptiques, on aurait fait périr le malade de sa phlegmasie.

Si la plaie est sèche, si les bords sont sans tuméfaction, sans rougeur, on peut quelquefois recourir à de légers excitans locaux pour favoriser une réaction suffisante au détachement des escarres; mais si les bords sont au contraire tuméfiés, rouges, douloureux, on doit se borner aux émolliens.

77.° Le traitement des affections qu'on considère comme annonçant une vérole constitutionnelle, doit être absolument analogue à celui qu'on emploirait contre elles, si leur origine était différente. Le mercure n'est pas indispensable.

78.° Les ulcères de la gorge, des amygdales, de la

bouche, doivent être attaqués par des saignées capillaires faites au sommet du col, des gargarismes adoucissans, des vapeurs émollientes dirigées vers le mal, et des révulsifs du canal intestinal ou de la peau.

79.° Les bains, les cataplasmes émolliens, un régime sévère, et des révulsifs sagement administrés, doivent former la base du traitement des pustules des dartres et des autres affections cutanées. Les antiphlogistiques sont, dans quelques cas, très-utiles.

80.° Il n'est pas de meilleur moyen à opposer aux excroissances, aux ulcérations et aux pustules de l'anus, que les vapeurs chaudes élevées de décoctions émollientes; mes malades en éprouvent des effets très-avantageux : pour recevoir ces vapeurs, ils s'asseoient sur leur vase de nuit, dans lequel est placée la décoction : ce moyen suffit dans beaucoup de cas. Quelquefois je suis obligé de recourir à l'application des sangsues, s'il y a douleur; à l'excision des tumeurs si elles sont sèches, indolentes et stationnaires depuis un certain temps; mais en général la cure n'est pas longue.

81.° Les exostoses, périostoses, nodus, etc., exigent ordinairement des applications de sangsues réitérées, des cataplasmes émolliens anodins, un régime très-émollient, des bains, etc. Comme elles sont fort souvent concomitantes à des gastrites chroniques, il faut être réservé sur l'emploi des moyens révulsifs, et avoir égard à cette complication; car l'aggravation de la gastro-entérite serait certainement un obstacle à la guérison. Ce n'est que dans le cas où l'irritation locale serait déjà bien calmée, et où le tube digestif et les autres viscères seraient sains, qu'on pourrait recourir au mercure.

82.° Comme je ne peux et ne veux entrer ici dans aucun détail, je dois me borner à redire encore que tous ces symptômes d'infection doivent être considérés comme produits par une irritation plus ou moins étendue, laquelle

exige les moyens appropriés à son essence ; que l'on ne doit penser qu'à détruire le mal qu'on observe, et ne pas s'inquiéter de la présence d'un virus; enfin, qu'en appliquant à la pratique des maladies vénériennes les principes de la nouvelle doctrine médicale, on obtiendra des succès nombreux et rapides.

83.° Le mercure n'a pas de propriété spécifique pour guérir la maladie vénérienne. Il n'est efficace qu'en établissant une révulsion sur les systèmes lymphatique et glandulaire; aussi ne doit-il être administré que dans les cas d'irritation chronique, d'engorgemens durs, anciens, indolens, et jamais dans ceux où il existe une turgescence inflammatoire.

84.° Administré en topique, il n'agit qu'en stimulant la partie sur laquelle on l'applique, et il a cela de commun avec beaucoup d'autres substances qui ne sont pas réputées spécifiques.

85.° Administré à l'intérieur, il détermine souvent, surtout chez les personnes excitables, une irritation de l'estomac, par suite de laquelle se manifestent quelquefois des éruptions diverses à la peau, des douleurs dans les membres, de la céphalalgie, et divers autres symptômes qu'on considère à tort comme produits par le virus.

86. Je crois qu'en activant les fonctions des follicules muqueux et sébacés, le mercure devient souvent une cause prédisposante au développement de l'irritation dans ces parties, car j'ai remarqué que les ulcères à la gorge, les excroissances à l'anus, les dartres, se manifestaient sur-tout chez les individus qui en avaient fait long-temps usage.

87.° Il est beaucoup de maux vénériens qui résistent au mercure ; dans ces cas, les praticiens disent (et cela sérieusement), que le mal est détruit, et que le symptôme seul persiste : mais pour nous, qui ne nous contentons pas de

ces assertions ridicules, nous disons : le mal existe malgré le mercure, et est le même qu'il était avant son usage.

88.° On dit que le mercure a une propriété spécifique contre le virus vénérien : pourquoi donc est-il inefficace contre les phénomènes primitifs, qui sont bien plus vénériens que ceux qu'on observe long-temps après, puisqu'ils sont immédiatement produits par lui ?

89.° La salivation produite par l'usage du mercure doit être traitée par les sangsues appliquées au-dessous des condyles de la mâchoire, les émolliens, les révulsifs du canal intestinal ou de la peau, et l'éloignement des causes qui l'ont produite.

Si je voulais mentionner tous les faits d'observation pratique que je possède, je pourrais émettre un nombre beaucoup plus considérable de propositions; mais comme mon seul but est, comme je l'ai déjà dit, de prendre acte des opinions que je professe en général sur les maladies vénériennes, j'ai cru devoir me borner à rapporter les principales, me réservant de donner plus tard les développemens que nécessite l'importance de cette matière. Je vais maintenant rapporter quelques observations de maux vénériens consécutifs à une affection éloignée, et guéris sans mercure; elles nous fourniront l'occasion de faire quelques réflexions utiles, et démontreront la vérité de quelques-unes des opinions émises dans les propositions.

(*La suite à un Numéro prochain.*)

Nouveaux procédés d'amputation partielle du pied, tirés de la pratique du professeur Béclard, *Chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié, décrits par* G. Mirault, *D.-M.-P. à Angers, ancien interne des hôpitaux civils de Paris.*

Nous ne possédions presque rien sur les amputations

partielles du pied, si ce n'est la méthode de Chopart, qui depuis a été modifiée, lorsqu'en 1815, M. le docteur Lisfranc lut à l'académie des sciences un mémoire sur la désarticulation du métatarse, qui est connu de tous les médecins. Cette opération, qu'il a décrite le premier, a été pratiquée déjà un assez grand nombre de fois, et notamment par M. le professeur Béclard, de sorte qu'il ne reste plus aujourd'hui de doute sur le succès qu'on doit en attendre.

Ce que je me propose dans cet article n'est pas d'attaquer la méthode de M. Lisfranc; je n'ai pour but que d'examiner l'application qu'il en a faite à l'ablation d'un ou de deux os du métatarse et des phalanges qu'ils soutiennent.

Ici l'auteur ne me semble point exempt de reproche dans le procédé qu'il emploie pour la section des parties molles. Il conseille en effet pour enlever les deux métatarsiens externes, par exemple, de pratiquer une première incision commençant sur le dos du pied au niveau de l'articulation postérieure du quatrième os, qui soit prolongée jusque près la troisième commissure des orteils, en longeant la quatrième, et qui se termine sur le côté externe de la première phalange du petit orteil; une deuxième incision absolument semblable est faite vis-à-vis la première sous la plante du pied, et se termine au même point. On dissèque un lambeau externe jusqu'à sa base qui répond à l'articulation tarso-métatarsienne, et l'on désarticule après avoir isolé les os de toutes parts. Cette manière d'opérer n'offre pas beaucoup de difficultés, et c'est déjà un grand avantage; mais remarquons qu'après l'ablation des os, les surfaces articulaires du cuboïde doivent être recouvertes aux dépens de la longueur du lambeau, que la troisième commissure dans laquelle on coupe est moins en arrière que la quatrième; d'où il suit que l'étendue des parties molles prises sur le côté externe du pied étant limitée, il est très-vraisemblable que sur le vivant, d'après la rétraction

qui se fait dans les chairs, le lambeau sera trop court. Observez que je n'affirme pas parce que l'observation n'a rien prouvé à cet égard, et que je ne m'appuie que sur l'analogie; le procédé de M. Lisfranc dans le cas dont il s'agit, n'a été exécuté que sur le cadavre, où l'inconvénient que je lui trouve est à peine sensible, ce qui fait que la manœuvre ne décide pas la question. Mais ce qui a dû frapper les chirurgiens, c'est que la moitié de la cicatrice se trouvera sous la plante du pied. Or, ils savent tous quels sont les accidens qui peuvent résulter de la progression sur une cicatrice.

Ce sont les deux raisons principales qui nous ont décidé à publier un autre procédé qui appartient à M. Béclard, et qui, indépendamment de nombreux avantages, a celui d'être légitimé par le succès.

§. Ier. *Désarticulation des deux premiers os du métatarse.* — Nous supposerons que le siége précis de l'articulation du premier os du métatarse avec le grand cunéiforme a été reconnu, les moyens d'exploration indiqués par M. Lisfranc ne laissent rien à désirer à cet égard. L'opérateur embrasse avec la main gauche le pied sur lequel il va opérer; il marque du pouce ou de l'indicateur l'articulation du premier métatarsien; alors tenant le couteau de la main droite, il en porte la pointe sur le premier espace inter-osseux, à six lignes au devant des surfaces articulaires. C'est de ce point que doivent partir diverses incisions: une première est dirigée obliquement en avant et en dehors jusqu'à la deuxième commissure des orteils et est prolongée sous les deux premiers dans le sillon qui les sépare de la plante du pied, pour la terminer sur le côté interne de la première phalange du gros orteil.

Une deuxième incision partie du même point, et qui peut être considérée comme en étant la continuation, revient sur le dos du pied, croise le premier métatarsien et

se termine au point de départ de la première, en formant avec elle un angle de 40 degrés environ.

Ces deux incisions interceptent un espace triangulaire dans lequel se trouvent compris les orteils, et une partie de la peau du dos du pied.

Du sommet du triangle, faites partir deux autres incisions obliques de 12 à 15 lignes; l'une, prolongée en dedans et en arrière, forme avec le diamètre transversal du pied un angle de 30 degrés; la deuxième, inclinée en dehors et en arrière, fait avec la même ligne un angle de 45 degrés.

Vous faites ainsi un deuxième lambeau angulaire dont le sommet est opposé à celui du premier, et dont la base, légèrement oblique, correspond aux articulations des deux premiers os du métatarse.

Pour isoler de toutes parts les deux métatarsiens que vous vous proposez d'enlever, disséquez d'abord les tégumens qui recouvrent en dehors le second os du métatarse, pénétrez dans le second espace inter-osseux pour détacher les muscles qui s'insèrent à la face externe de l'os, puis continuez à séparer les tégumens sous les extrémités antérieures des métatarsiens, et de là sur tout le côté interne du premier jusqu'à son extrémité postérieure; ramenez ensuite le couteau dans l'espace inter osseux, circonscrivez en dessous la tête des deux métatarsiens, et coupez ainsi d'un seul coup les tendons qui s'y rendent ainsi qu'aux phalanges. Vous pouvez alors très facilement séparer des os toutes les parties molles qui forment la partie interne de la plante du pied jusqu'aux articulations cunéo-métatarsiennes.

Revenez sur le dos du pied, disséquez le petit lambeau postérieur qui recouvre les articulations, coupez successivement les ligamens qui se rendent des trois cunéiformes au deuxième métatarsien, celui qui du premier cunéiforme se rend au premier os du métatarse, et enfin les deux inter-osseux qui unissent le troisième os au deuxième, et

celui-ci au premier cunéiforme, l'articulation s'ouvrira largement et il ne vous restera plus qu'à couper les ligamens plantaires et le tendon du long péronier latéral.

L'ablation du métatarsien faite par ce procédé est difficile, elle demande de l'exercice sur le cadavre, et une connaissance précise des parties, mais ce ne sont point des raisons qui la puissent faire rejeter par un véritable chirurgien. La cicatrice qu'elle laisse après elle est toute entière sur le dos du pied, les chairs s'adaptent bien entre elles, et si vous avez eu soin de laisser toutes les parties molles, le vide formé par les deux os que vous avez enlevés se trouvera parfaitement rempli; si vous trouviez la partie postérieure trop inégale en considérant les surfaces des deux premiers cunéiformes, et qu'elle vous fît craindre un sinus où le pus pourrait séjourner, vous pourriez enlever la partie du premier cunéiforme qui déborde le deuxième à l'aide d'une scie chez l'adulte ou d'un bistouri de Damas chez les jeunes sujets. Si l'on ne voulait enlever que le premier os du métatarse, il ne serait pas nécessaire de faire les deux incisions obliques postérieures, il suffirait de commencer la première incision dans le premier espace inter-osseux à la hauteur de l'articulation du premier métatarsien, et de terminer la deuxième au même point, à angle un peu ouvert: l'écartement du lambeau interne, après l'entier isolement de l'os, serait assez grand pour permettre de le désarticuler, ainsi que je l'ai fait bien des fois sur le cadavre.

Obs. 1.re *Amputation des deux premiers os du métatarse pour une nécrose des os du pied.* — Emilie Magdelain, âgée de 16 ans, d'un tempérament lymphatique prononcé, voisin du scrofuleux, née à Lagny, département de Seine-et-Marne, entre à l'hôpital de la Pitié le 9 mai 1822. Cette jeune fille présente une déformation de la partie antérieure et interne du pied droit; les phalanges du gros orteil se sont portées en arrière par défaut de sou-

tien, ce qui dépend de la destruction du premier métatarsien. Cette espèce d'affaissement des os a produit un raccourcissement du gros orteil tel, qu'il est de dix lignes plus court que le deuxième. Les parties molles du dos du pied ont un volume qui excède peu l'état naturel, mais elles sont indurées et désorganisées dans une étendue assez considérable. Quatre orifices fistuleux existent sur le dos du pied, deux sont au côté interne, peu distans l'un de l'autre, et avoisinent l'articulation métatarso-phalangienne. Deux autres sont situés vis-à-vis le premier espace inter-osseux, l'un répond aux phalanges, l'autre aux métatarsiens vers le milieu de leur corps.

L'exploration à l'aide du stilet boutonné fait reconnaître une nécrose du premier os du métatarse et de la première phalange du gros orteil; ces deux os sont en grande partie détruits, l'orteil jouit d'une grande mobilité, et peut être mu dans tous les sens.

Il y a quatre ans que la malade sentit les premiers symptômes de son mal; le côté interne et antérieur du pied devint un peu rouge et douloureux, au point qu'elle fut deux ans sans pouvoir marcher. Des fistules s'ouvrirent, des portions d'os nécrosées sortirent ou furent extraites; le pied se racourcit de ce côté.

Depuis deux ans elle a pu marcher, quoique gênée, mais sans une grande douleur.

La situation des fistules, l'état de la peau firent penser que les deux premiers métatarsiens étaient affectés. La malade se décida à se faire opérer. M. Béclard saisit le pied et commença vis-à-vis le deuxième espace inter-osseux, à dix lignes au-devant de l'articulation du deuxième métatarsien, une incision qu'il prolongea en ligne droite jusqu'à la deuxième commissure, passa sous les orteils dans le sillon qui les sépare de la plante, et la termina sur le côté interne de la première phalange du gros orteil. Une deuxième incision oblique, partie du

même point, joignit l'extrémité de la première en interceptant avec elle toute la peau altérée du dos du pied. Deux autres incisions dirigées en arrière, l'une en dedans, l'autre en dehors, formèrent un lambeau dont le sommet était opposé au premier, les parties molles furent disséquées de tous côtés, les muscles séparés en totalité des surfaces osseuses, et les métatarsiens désarticulés assez promptement. Pour rendre le fond de la plaie plus égal, on coupa avec le couteau la portion saillante du premier cunéiforme. Deux artères ayant fourni du sang, on en fit la ligature : c'etaient les deux plantaires.

La dissection des parties enlevées fit voir que la totalité du premier os du métatarse était nécrosée, le corps de l'os, noir, inégal, rugueux, n'avait pas plus du quart de son volume naturel. C'était par là ou par l'extrémité antérieure que la maladie avait commencé; la postérieure était affectée depuis peu de temps en comparaison du reste; le premier cunéiforme commençait à l'être, son cartilage était rouge, injecté, ramolli; l'articulation métatarso-phalangienne avait disparu ainsi que la moitié postérieure de la première phalange correspondante; les parties molles étaient lardacées autour des os malades, et aussi celles qui recouvrent le deuxième métatarsien : celui-ci était exempt de toute altération; on aurait pu se dispenser de l'enlever, s'il avait été possible de connaître son état de prime abord. Dans la désorganisation des parties, les vaisseaux, les ligamens et les tendons extenseurs et fléchisseurs avaient presque entièrement disparu.

Revenons à notre malade. Le lambeau interne, formé aux dépens de la plante du pied et des tégumens de son côté interne, fut rapproché par des agglutinatifs. et quoique la réunion ne fût pas très-exacte à cause de l'étendue des tégumens qu'on avait dû emporter, il restait cependant peu d'intervalle, de sorte que dans les huit jours qui suivirent, la plaie fut réduite à une très-petite étendue. La ma-

lade fut guérie au bout de six semaines. Il ne resta sur le dos du pied qu'une cicatrice de deux à trois lignes de large vis-à-vis ces articulations, et d'une ligne seulement partout ailleurs. Quelques mois après l'opération, la malade a marché *sans boiter*, chose presqu'incroyable sans doute, mais qui est cependant conforme à la vérité. Elle a été long temps employée à la lingerie de l'hôpital; j'ignore si elle y est encore.

§. II. — *Désarticulation du quatrième et du cinquième os du métatarse.* — Le but que l'on doit se proposer dans cette opération, est de conserver, après que l'on aura enlevé les os, assez de parties molles pour remplir le vide que l'on a produit et obtenir une réunion parfaite. On peut y arriver de la manière suivante :

Portez le couteau sur le troisième espace inter-osseux, trois lignes au dessous de l'articulation postérieure du quatrième métatarsien, incisez jusqu'à la troisième commissure, passez sous les orteils dans le sillon dont nous avons parlé ci-dessus; achevez votre incision sur le côté externe de la première phalange du petit orteil.

Du point où vous avez commencé, faites une section oblique en arrière et en dehors, suivant la direction des articulations cuboïdo-métatarsiennes, jusques au bord péronier du pied. De la réunion du tiers interne avec les deux tiers externes de cette incision, faites en partir une troisième qui se dirige en avant et en dehors, pour aller se terminer dans l'extrémité de la première sur le côté du petit orteil; vous séparez ensuite les chairs tout le long du côté externe du cinquième os du métatarse, puis en devant sous les orteils et dans le troisième espace inter-osseux, vous coupez en devant, en circonscrivant les os, les attaches des muscles qui se portent aux métatarsiens et aux phalanges, et vous achevez d'isoler de toutes parts. Enfin, coupant les ligamens transverse et inter-osseux qui unissent le quatrième os au troisième, les ligamens dorsaux qui

vont au cuboïde, le tendon du péronier antérieur, les surfaces articulaires s'écartent, et vous finissez en coupant les ligamens plantaires, le tendon du court péronier latéral et quelques fibres ligamenteuses placées dans l'angle rentrant formé par l'apophyse du cinquième métatarsien.

Nous allons rapporter un cas d'amputation partielle, dans lequel non seulement les deux derniers os métatarsiens ont été emportés, mais aussi le cuboïde.

Obs. IIe — Le 1.er juillet 1822, on reçut à l'hôpital de la Pitié, le nommé Soudan Alexandre, âgé de 26 ans, bonnetier, scrofuleux au dernier degré. A cette époque cet homme déjà maigre, blême et très-affaibli, était affecté d'un engorgement du pied gauche; la peau était violacée et présentait les orifices de fistules qui fournissaient beaucoup de pus. Elles furent sondées et l'on reconnut une maladie des os du tarse et du métatarse.

Les fistules étaient situées aux environs des articulations postérieures des deux derniers os du métatarse. Le 15 juillet, M. le professeur Béclard fit une incision cruciale dans cette partie du pied gauche pour s'assurer de l'état des os. On espérait trouver quelque portion nécrosée, dont il deviendrait facile de faire l'extraction, et borner la maladie en appliquant le cautère actuel.

Cependant l'incision pratiquée ayant mis les parties à découvert, il se trouva que les extrémités des deux métatarsiens, et le cuboïde étaient affectées de ramollissement. Le mal parut être borné à ces parties; il fut décidé qu'on les emporterait de suite. En conséquence on prolongea les angles de l'incision cruciale pour mettre les articulations à découvert. De l'angle antérieur, on fit une autre incision jusqu'à la troisième commissure, et qui fut terminée en passant sous les orteils au côté externe de la première phalange du petit. De ce dernier point, on incisa obliquement les tégumens du dos du pied pour aller joindre la branche

externe de la croix. Les deux derniers métatarsiens furent ensuite isolés de toutes parts. Le cuboïde ayant été mis à découvert, on coupa successivement les ligamens dorsaux qui l'unissent au calcanéum, au troisième cunéiforme, au scaphoïde, l'inter-osseux qui l'unit à ce dernier, en dehors le tendon du long péronier latéral et les ligamens qui unissent le quatrième au troisième métatarsien. Ces articulations étant ouvertes, on acheva de désarticuler par la section du ligament calcanéo-cuboïdien et des autres plantaires. Cette dissection offrit, comme on le pense bien, de très-grandes difficultés, surtout du côté du calcanéum; en examinant la plaie, on s'aperçut que le côté externe de l'extrémité du troisième métatarsien était malade, on l'enleva avec un couteau fort. La plantaire externe et quelques artérioles furent liées; les parties furent rapprochées avec assez d'exactitude; on avait ménagé sur le côté externe de la plante du pied assez de chairs pour combler la perte de substance. Dans les premiers quinze jours qui suivirent l'opération, la plaie marcha vers la cicatrisation, mais à cette époque elle devint blafarde, se couvrit de fongosités, fournit un pus abondant et séreux, il survint de l'engorgement au pied, une rougeur érysipélateuse, le pus prit une odeur fétide et une couleur d'un gris sale; on ne douta plus alors que le mal eût récidivé, ou plutôt qu'il existât à un état latent dans le reste du pied lors de l'opération.

Au mois de septembre, il se forma sous le pied un vaste foyer qui nécessita une contr'ouverture; le membre se trouva ainsi disséqué dans toute sa partie inférieure. L'articulation du scaphoïde avec l'astragale devint mobile par l'altération des liens qui les unissent. Enfin, une suppuration très-abondante causa le marasme, le dévoiement se manifesta et le malade succomba le 22 octobre, plus de trois mois et demi après l'opération. Je ne sais s'il est dans la chirurgie une opération plus difficile que celle

que nous venons de rapporter; cependant elle fut improvisée sur le champ, et pratiquée dans un espace de temps très-court. Elle peut donner au lecteur une idée de l'habileté et de la précision des connaissances anatomiques du chirurgien que nous nous honorons d'avoir eu pour maître. Ce cas, bien que le succès ne l'ait point couronné, ne laissera pas d'être intéressant, non-seulement par le fait chirurgical, mais aussi par l'examen des parties sur le cadavre, relativement à ce qu'il arrive aux tendons coupés dans les opérations.

Dissection du pied. Des foyers purulens assez étendus avaient denudé les tégumens, et disséqué les muscles des faces dorsale et plantaire. A la plante, les tendons du petit fléchisseur, celui du fléchisseur propre du gros orteil, étaient rouges, noirâtres, ramollis, sphacélés, dans une étendue variable. Sur le dos du pied les tendons du pédieux, et particulièrement celui du jambier antérieur offraient la plupart un état pareil dans l'étendue de plusieurs pouces; les fibres du tendon du jambier étaient disséquées par la destruction du tissu cellulaire qui les unissait, elles avaient perdu leur couleur, leur densité, elles se déchiraient avec facilité, leurs bouts étaient frangés et comme effilés; en dehors du pied on voyait les bouts coupés et cicatrisés du tendon du court péronier latéral, et de ceux des tendons du pédieux qui se portent au quatrième et cinquième orteils; ils avaient contracté de fortes adhérences avec le tissu cellulaire et le périoste, qui avaient acquis dans ces endroits plus de densité.

Tous les os du tarse et les extrémités postérieures des métatarsiens restans étaient ramollis, friables; on les coupait facilement avec le bistouri; ils semblaient imprégnés d'une matière gélatiniforme, quelques-unes de leurs articulations étaient soudées, les cartilages étaient détruits et absorbés pour la plupart.

Ainsi les muscles dont les tendons sont coupés dans les

amputations, ne deviennent pas des organes inutiles. L'adhérence que contractent ces cordes de transmission des mouvemens par l'effet de l'inflammation, leur conserve une partie de leur action. Ce fait, bien constaté par la dissection de membres amputés, doit encourager les chirurgiens à pratiquer les amputations partielles. C'est donc à tort que l'on a prétendu que les mouvemens de flexion et d'extension devaient nécessairement être anéantis dans certains cas. Je ferai aussi observer que l'on peut très-bien couper la partie du premier cunéiforme qui excède le deuxième, sans détruire l'insertion du tendon du jambier antérieur; il reste encore une bonne partie de cette insertion. D'ailleurs il m'est arrivé, en pratiquant l'ablation des deux premiers métatarsiens, d'enlever ensuite tout le premier cunéiforme, de mettre à nu le tendon du jambier antérieur au bas de la jambe, et d'exercer une traction assez forte dessus; la résistance qu'offraient les gaines celluleuses qui l'entourent sur le pied, et quelques fibres qui se rendent quelquefois au scaphoïde, jointes aux adhérences qui arrivent après l'amputation sur le vivant, lui conserveraient, je crois, presque toute son action.

Je terminerai cet article en rapportant brièvement quelques observations d'ablation complète du métatarse et de la première rangée du tarse.

Obs. III.e — Clémentine Brunet, couturière à Dreux, âgée de 20 ans, entra à l'hospice de perfectionnement de l'école, le 27 avril 1822, pour un mal de pied. *Etat:* orifices fistuleux à la partie supérieure du pied droit, situés vis-à-vis le troisième os du métatarse; gonflement à la face plantaire du côté tibial; un orifice fistuleux existe aussi dans cette partie. L'exploration à l'aide du stilet indique une altération de plusieurs os du métatarse. La malade fut opérée le 2 mai par M. le professeur Béclard; une incision supérieure courbe fut pratiquée du bord externe au bord interne du pied, un peu au-devant de l'ar-

ticulation tarso-métatarsienne ; les ligamens dorsaux ayant été coupés, puis les inter-osseux, la désarticulation fut faite et un lambeau taillé aux dépens de la plante du pied. On lia les vaisseaux, et l'on réunit par première intention après avoir coupé l'excédent du premier cunéiforme. Les jours suivans il survint du gonflement et de la chaleur dans le membre ; le huitième jour, un petit abcès se forma sur le côté interne du pied, on l'ouvrit. L'inflammation s'étant dissipée, la plaie marcha vers la guérison, qui fut complète au bout d'un mois et demi.

IV.me *Obs.* — Au commencement de l'année 1823, M. Béclard opéra dans son hôpital un individu adulte, affecté de nécrose des os du métatarse ; l'opération fut faite comme nous l'avons dit ci-dessus, et le malade fut guéri dans l'espace de quelques semaines.

Obs. V.me — Quelques années avant, on fit dans le même hôpital une semblable opération sur un homme âgé de 40 ans environ ; il guérit très-bien de l'affection du pied, mais il fut emporté plus tard par une autre maladie. Le pied fut disséqué, on trouva une adhérence bien établie de tous les tendons fléchisseurs du pied sur la jambe. La pièce anatomique a été déposée dans les cabinets de l'amphithéâtre de la Pitié.

Obs. VI.me — *Amputation entre la première et la deuxième rangée du tarse.* — Le 2 avril 1820, il entra à l'hôpital Saint-Louis, dans les salles de M. le professeur Richerand, dont j'étais alors l'élève interne, un individu de 53 ans, nommé Emile Perthuilot, pour une carie des os du métatarse et de la première rangée du tarse. L'amputation partielle du pied, suivant la méthode de Chopart, fut pratiquée le 27 mai. Elle fut faite avec promptitude et dextérité. Le lambeau, taillé dans la plante du pied, fut réuni par première intention. Les quinze premiers jours, le malade fut dans l'état le plus satisfaisant, la plaie était réunie partout, excepté en dedans et en dehors vers les

angles du lambeau. Le dix-septième jour il survint un peu de rougeur et de tension au-dessous de la malléole interne ; il s'y forma un petit abcès qu'on ouvrit le 16 juin. Pendant ce temps on eut soin de maintenir appliqué un bandage fait avec une longue compresse pliée en trois, dont un des chefs fut fixé au-dessus du mollet par quelques circulaires, et le plein conduit tout le long de la partie postérieure de la jambe, puis sous le talon, la plante du pied, la surface amputée, le dos du pied, jusqu'au haut de la jambe, après l'avoir fixé au-dessus de la malléole, par des circulaires d'une autre bande, et enfin par un bandage roulé tout le long du membre. Le but de cet appareil était de s'opposer à l'action des extenseurs du pied, et de prévenir une position vicieuse de ce membre. Malgré l'emploi assez prolongé de ces moyens, on ne put empêcher que le pied ne s'étendît sur la jambe, de sorte qu'après la guérison le malade ne put marcher sans que la cicatrice ne portât sur le sol, par l'élévation du talon. Cet homme marchait avec des béquilles quand il sortit de l'hôpital. Si l'on eût employé des moyens mécaniques plus puissans, et la flexion de la jambe sur la cuisse, peut-être serait-on arrivé à un résultat plus satisfaisant. Je pense qu'il serait bon d'appliquer sur la jambe quelque temps avant l'opération, et pendant qu'on la pratique, un bandage roulé, assez serré pour s'opposer à la contraction subite des muscles, produite par la douleur. J'ai évité d'entrer dans les détails des opérations de ces dernières observations ; je n'aurais pu que répéter ce qui a été si bien décrit par M. le docteur Lisfranc, auquel je me plais à rendre la justice qui lui est due.

Note sur l'atrophie de la vésicule biliaire ; par C. P. Ollivier, *d'Angers, D.-M.-P.* (*Lue à l'Académie royale de médecine dans sa séance du* 13 *avril* 1824.)

Parmi les altérations dont la vésicule biliaire est le siège, il en est une fort remarquable, que les auteurs n'ont point décrite et qu'ils n'indiquent même pas d'une manière positive, quoiqu'elle ne paraisse pas être très-rare; elle consiste dans la disparition presque complète de ce réservoir membraneux, dont la cavité s'est rétrécie progressivement, et qu'on trouve converti en une petite masse solide, fibreuse, de la grosseur et de la forme d'un pois. Cette *atrophie* réelle de la vésicule présente des caractères anatomiques constans, et paraît résulter assez ordinairement d'une maladie organique du foie. Je vais en rapporter deux exemples qui suffiront pour donner une idée exacte de cette altération, et qui jetteront quelque jour sur ses causes et la marche de son développement.

I.re *Obs.* — Geneviève Ducouvé, âgée de 54 ans, entra à l'hôpital de la Pitié le 7 décembre 1822, où elle mourut le 7 janvier 1823, après avoir offert les symptômes d'une irritation chronique des viscères de la digestion, tels que perte d'appétit, vomissemens, diarrhée, pouls petit, fréquent, etc. *Autopsie.* — *Etat extérieur du corps.* Amaigrissement général, muscles mous, légère fluctuation dans la cavité abdominale, dont les parois sont amincies, quelques taches violacées sur les poignets, infiltration des membres inférieurs. *Tête.* Rien de remarquable. *Thorax.* Tubercule unique dans la partie externe et un peu supérieure du poumon gauche, et traversé par un vaisseau non oblitéré; le reste du tissu pulmonaire est sain, ainsi que le cœur et le poumon du côté droit. *Abdomen.* La cavité du péritoine renferme deux litres environ de sé-

rosité transparente. L'estomac et les intestins grèles sont sains, mais la membrane muqueuse des gros intestins est rouge; il n'y a pas d'ulcérations. Le foie adhère au diaphragme par toute la face convexe de son lobe droit; la face inférieure est adhérente au pylore, à la première portion du duodénum et au colon. Le lobe droit est volumineux, arrondi, et présente une fluctuation manifeste. Une incision pratiquée à la face supérieure donne issue à une matière liquide d'un blanc jaunâtre, mêlée de grumeaux. Cette matière paraît être le résultat du ramollissement d'un tubercule qui a envahi presque tout le lobe droit. Le kyste qui renferme la matière tuberculeuse est d'un blanc sale, sans organisation apparente, et intimement confondu avec la substance du foie, qui a perdu autour de lui son aspect granulé et qui offre quelque analogie avec une couche mince de chair musculaire. La face interne du kyste est rugueuse, enduite de matière tuberculeuse qui y adhère intimement; un gros faisceau de vaisseaux sanguins et biliaires oblitérés, traverse le kyste, qui est assez large pour contenir une grosse tête de fœtus à terme. Au niveau de l'union du lobe droit avec le lobe gauche, on remarque un second tubercule de la grosseur d'un œuf, dont le kyste est devenu cartilagineux; la matière que renferme ce dernier kyste n'est pas encore ramollie.

La vésicule biliaire est réduite à la grosseur d'une noisette; la fossette qu'elle occupe ordinairement est remplie par une espèce de cicatrice blanchâtre, autour de laquelle le péritoine forme plusieurs plis qui gagnent en convergeant la cicatrice, comme si la membrane séreuse eut été attirée vers elle de même qu'autour d'un centre commun. Le conduit hépatique, en sortant du foie, décrit une courbure pour aller se réunir presqu'au niveau de sa sortie, à une substance cellulo-fibreuse, ayant le volume indiqué plus haut, creusée d'une cavité capable de con-

tenir tout au plus une fève de haricot, et ne communiquant point avec le canal hépatique. Ce petit noyau sphéroïdal est le seul vestige de la vésicule, de son col et du conduit cystique. Ces parties, en s'atrophiant, ont attiré vers la face inférieure du foie la portion du conduit excréteur de cet organe qui reçoit le canal cystique, de là la courbure décrite par le conduit hépatique devenu trop long pour l'espace compris entre son origine et le point où il se réunissait aux restes de la vésicule. Le canal hépatique, dont le diamètre n'était pas changé d'ailleurs, se continuait ensuite avec le cholédoque comme dans l'état ordinaire. (Cette observation m'a été communiquée par mon ami M. Bérard, interne à l'hôpital de la Pitié.)

Sans rappeler ici plusieurs des détails de cette observation, intéressans pour l'anatomie pathologique, mais qui sont étrangers au sujet qui m'occupe, je me bornerai à faire remarquer que le développement du tubercule énorme qui avait envahi presque la totalité du lobe droit du foie, doit avoir contribué à déterminer l'atrophie de la vésicule biliaire. On conçoit, en effet, qu'une altération aussi considérable, en apportant des modifications notables dans la sécrétion de la bile, produise consécutivement un changement dans le réservoir chargé de recevoir une partie de ce liquide. A la vérité, on trouve assez souvent un grand nombre de tubercules développés dans le foie, surtout chez les individus d'un âge mûr et chez les vieillards, sans que la vésicule biliaire offre aucune altération bien remarquable; cependant elle est fréquemment alors plus resserrée sur elle-même, ses parois sont blanchâtres, elle contient peu de bile. Ces changemens n'annoncent-ils pas que le développement de nombreux tubercules dans l'organe sécréteur de la bile, s'oppose mécaniquement, pour ainsi dire, au passage de ce liquide dans les conduits qui le transmettent au canal hépatique pour arriver dans la vésicule; il en résulte que

la cavité de cette dernière recevant chaque jour une quantité moindre de bile, diminue graduellement de capacité à mesure que les obstacles à cette sécrétion augmentent davantage. Telles sont, je pense, les causes qui ont donné lieu à l'atrophie de la vésicule biliaire dans l'observation que je viens de rapporter; mais ce phénomène morbide se présente quelquefois isolé de toute autre altération, soit que le temps en ait détruit les traces, soit que la maladie ait eu son siége dans la vésicule seulement, et il devient alors plus difficile d'apprécier la nature des causes qui ont pu influer sur son développement, comme on va le voir dans le cas suivant, qui fournira en même temps un exemple de l'atrophie *complète* de ce réservoir membraneux.

II.e *Obs.* — Jean Coudrin, âgé de 58 ans, tisserand, entra, dans les premiers jours de janvier 1818, à l'hôpital d'Angers, et mourut le 12 du même mois. Je ne pus savoir quelle avait été la maladie de cet individu, j'appris seulement que pendant les deux jours qui précédèrent sa mort, il fut dans un délire furieux, pour lequel on fut obligé de le maintenir dans son lit avec le gilet de force. Le cadavre, qui avait été apporté dans l'amphithéâtre pour servir aux dissections, n'offrait aucun amaigrissement. Tous les vaisseaux des membranes cérébrales étaient fortement injectés; les ventricules latéraux de l'encéphale contenaient un peu de sérosité blanchâtre; la substance cérébrale ne présentait pas d'altération sensible; les organes de la cavité thoracique étaient sains. A l'ouverture de l'abdomen, je remarquai que le foie était bien moins volumineux que dans l'état naturel, mais sans changement appréciable dans sa couleur, sa consistance et l'intérieur de son tissu; seulement il existait sur sa face convexe, à peu de distance de l'échancrure de sa circonférence, qui répond ordinairement au fond de la vésicule, un tubercule du volume d'une très-petite noi-

sette, et enkysté. La matière tuberculeuse n'était nullement ramollie, elle était dure et friable; le tissu du foie environnant n'offrait aucune différence dans sa texture et ses autres caractères physiques.

A la face concave du foie, la fossette qui loge la vésicule biliaire était moins profonde que dans l'état naturel; ce réservoir membraneux était disparu, et l'on observait à sa place un noyau cellulo-fibreux, blanchâtre, ridé à sa surface, de la grosseur d'un pois ordinaire (*pisum sativum*), autour duquel l'enveloppe péritonéale du foie venait se rendre en formant quinze ou vingt rides, ou replis convergens, blanchâtres et opaques, qui offraient par leur disposition l'aspect d'une cicatrice ancienne, analogue à celles qu'on observe quelquefois dans le mésentère à la suite de la destruction d'un ou plusieurs ganglions mésentériques. J'incisai ce noyau cellulo-fibreux qui remplaçait la vésicule : il était solide, sans aucune trace de cavité intérieure, assez résistant et analogue aux productions fibreuses qu'on trouve dans les parois de l'utérus. En prolongeant l'incision dans l'épaisseur du foie, je remarquai plusieurs ramifications assez considérables des veines hépatiques qui venaient se réunir en un tronc commun, lequel correspondait à l'insertion du noyau central que je viens de décrire.

Le canal hépatique, dont le diamètre était de 2 lignes environ, recevait une branche volumineuse en sortant du sillon antéro-postérieur; il se continuait ensuite de gauche à droite, en augmentant un peu de grosseur dans l'étendue de trois travers de doigt jusqu'au noyau fibreux dont je viens de parler, et présentait dans cet intervalle l'insertion de plusieurs autres conduits biliaires. Le canal hépatique arrivé au noyau fibreux central, lui adhérait intimement et semblait attiré vers lui de manière que l'intérieur de sa cavité offrait dans ce point un cul-de-sac d'une ligne et demie de profondeur; il se portait ensuite

de droite à gauche et de haut en bas jusqu'au duodénum, formant ainsi un angle très-prononcé, dont le sommet répondait au cul-de-sac que je viens d'indiquer, et qui n'était autre chose que le lieu où s'insérait primitivement le canal cystique qui était ainsi complètement disparu, de même que chez le sujet de l'observation précédente. Dans cette seconde partie de son trajet, le canal excréteur du foie, qu'on désigne alors sous le nom de *cholédoque*, offrait trois lignes et demie de diamètre, mais il se rétrécissait insensiblement à mesure qu'il se rapprochait davantage du duodénum, dans lequel il s'ouvrait comme à l'ordinaire après avoir reçu le canal pancréatique.

Les autres viscères de l'abdomen étaient sains.

Un effet qui résulte nécessairement de l'atrophie de la vésicule biliaire, c'est la déviation particulière que présente alors le conduit excréteur du foie, dont la moitié supérieure, qu'on nomme canal hépatique, forme dans le commencement une courbure très-prononcée, qui s'efface peu-à-peu, et qui finit par former avec la moitié inférieure de ce canal, désignée sous le nom de cholédoque, un angle plus ou moins aigu, dont les deux côtés sont également droits, et qui répond, par son sommet, au point d'insertion du canal cystique. Il paraît que le conduit cystique, en s'atrophiant, diminue progressivement de longueur, finit par disparaître, et réunit insensiblement la partie du canal hépatique, à laquelle il s'insère, avec le col et le corps de la vésicule, de manière que le tronc de ce conduit adhère immédiatement à la vésicule avant même que la cavité de cette dernière soit complètement oblitérée (Obs. I). Cette remarque pourrait porter à penser que l'altération dont il est question (l'atrophie de la vésicule) commence d'abord par l'occlusion du conduit cystique, puisque son oblitération précède celle du réservoir auquel il communique. Cela peut avoir lieu; mais d'après ce que j'ai observé, je ne pense pas qu'on

doive regarder l'oblitération de ce conduit comme la cause de l'atrophie de la vésicule; car, si l'on trouve quelquefois cette poche membraneuse très-petite et sa cavité presque effacée dans certains cas d'oblitération du canal cystique (Lieutaud, *Hist. anat. méd.*, p. 212), soit par un calcul biliaire, soit par toute autre cause qui y empêche le reflux de la bile, bien plus communément aussi on observe alors une altération de la vésicule tout opposée à ce que je considère comme son atrophie. Au lieu d'être rétrécie, elle est très-dilatée par une humeur limpide, filante, incolore ou blanchâtre, qui est évidemment le produit d'une exhalation accidentelle de sa membrane interne, qu'on trouve, dans ce cas, blanche, plus épaisse, et qui offre l'aspect des membranes muqueuses. Tel est l'état dans lequel on voit presque constamment la vésicule biliaire lorsque son conduit est oblitéré.

On a dû remarquer, dans les deux observations que j'ai rapportées, que le canal hépatique et le cholédoque, qui n'est que sa continuation, ne présentaient pas une augmentation sensible dans leur largeur naturelle. Ce fait vient à l'appui de l'opinion que j'ai émise précédemment en disant que l'atrophie de la vésicule est assez ordinairement consécutive à une diminution dans la sécrétion biliaire. En effet, si l'atrophie de la vésicule n'avait pas été précédée d'une diminution dans la sécrétion de la bile, ce liquide, qui n'est pas versé en totalité dans le duodénum à mesure qu'il est sécrété, aurait produit à la longue, par sa stagnation dans les canaux hépatique et cholédoque, une dilatation qui eut existé dans les deux cas que je viens de décrire; or, je n'ai rien observé de semblable dans l'un et l'autre, quoique dans les deux la maladie du foie fut évidemment très-ancienne, surtout dans le second, car on ne peut douter que la diminution remarquable du volume de cet organe, ainsi que le tubercule isolé qu'il contenait, ne fussent des preuves d'un

état morbide antérieur, malgré qu'il n'existât aucune autre trace d'altération dans le reste du tissu du foie. Ne peut-on pas admettre, d'après ces deux exemples, que toute cause qui diminue d'une manière continue la sécrétion biliaire, détruit insensiblement les fonctions de la vésicule et produit ainsi son atrophie?

Ce phénomène peut être aussi, comme je l'ai déjà dit, indépendant de toute lésion du foie. Sandifort (*Tab. anat.*, p. 26, 1804) en cite un exemple : il a observé une seule fois, dit-il, l'absence (*defectus*) de la vésicule biliaire sur le cadavre d'un enfant âgé de 14 ans, et dont le foie ne présentait d'ailleurs *aucune apparence* d'altération. La dépression oblongue qui loge ordinairement la vésicule du fiel était très-peu profonde et recouverte par le péritoine comme le reste du foie; après avoir enlevé cette membrane, il trouva un petit corps oblong, dur, complètement solide, qui se terminait en s'amincissant peu-à-peu au conduit hépatique. Cette observation est la seule parmi le petit nombre de celles qu'on trouve dans les auteurs, qui présente quelque analogie avec celles que j'ai rapportées, et qui soit comme elles un exemple de l'atrophie de la vésicule, quoique Sandifort désigne cette altération sous le nom de *fellis defectus;* mais rien n'indique ici à quelle cause on peut attribuer cette sorte de destruction de la vésicule, et je pense qu'elle est alors le résultat d'une maladie dont le siége était borné à cette poche membraneuse. Il existe, en effet, quelques faits qui peuvent concourir à nous expliquer comment la vésicule biliaire peut disparaître sans que le foie soit affecté. Stoll rapporte l'observation d'un homme âgé de 62 ans, sur lequel il trouva la vésicule enflammée et contenant une once de pus; le foie présentait, à la vérité, d'autres altérations. On lit dans le *Recueil périodique de la Société de médecine* un autre exemple de phlegmasie de la vésicule, et qui se termina par gangrène. Suivant Baillie

(*Anat. patholog.*, p. 207, trad. de Guerbois), lorsque le conduit cystique est oblitéré, la bile qui est arrêtée dans la vésicule peut finir par irriter ses parois et produire une inflammation qui se termine par suppuration : il a vu un ulcère de la vésicule qu'il attribue à cette cause.

Les calculs biliaires produisent bien plus souvent cet effet: Sœmmering l'a observé un grand nombre de fois. J'ai trouvé, dans une vésicule qui contenait trois petits calculs, un liquide blanchâtre entièrement semblable au pus mêlé avec une bile épaisse et filante. Les parois de la vésicule étaient très-épaissies, et la membrane interne était détruite dans une grande partie de son étendue par plaques arrondies dont le fond laissait voir le tissu celluleux qui compose une partie de ces parois, et qui était coloré en vert par la bile, tandis que le reste de la membrane offrait une teinte d'un blanc rosé; il existait en outre à la surface intacte de cette membrane, dans cinq points différens, une production membraneuse à surface ridée, à bords découpés et libres, colorée en jaune, ayant tout l'aspect des lichens de cette couleur qu'on observe sur le tronc de certains arbres. Cette coloration ne put être détruite par le lavage, non plus que celle qui donnait une teinte verte au fond de chaque ulcération. L'inflammation déterminée par les calculs biliaires donne quelquefois lieu à des accidens très-graves : un homme âgé de 58 ans, très-replet, fut pris tout-à-coup de coliques violentes accompagnées de vomissemens fréquens, de douleurs très-vives dans la partie supérieure et droite de l'abdomen, de suffocation continuelle ; ces accidens, qui persévérèrent avec la même intensité malgré l'emploi d'un traitement antiphlogistique très-énergique, furent suivis de la mort au bout de quelques jours. A l'ouverture du cadavre, on trouva la portion du colon voisine de la vésicule biliaire, adhérente à son col et au conduit cystique, ainsi que le duodénum. Le péritoine et le tissu cellulaire sous-péritonéal

qui recouvrent ces parties, étaient rouges, épaissis; en disséquant le conduit cystique, on le trouva entouré d'un pus blanchâtre, et sa cavité obstruée par un calcul de moyenne grosseur, dont la présence avait déterminé l'inflammation rapide à laquelle le malade avait succombé. Le calcul paraissait être sorti de la vésicule, qui contenait une bile épaisse, de la couleur du *vert de vessie*. Ce fait m'a été communiqué par M. le docteur Bogros. Enfin, on sait que les concrétions de la vésicule produisent quelquefois la perforation de ses parois.

On conçoit facilement, d'après les divers exemples que je viens de citer, comment l'inflammation de la vésicule peut donner lieu à l'oblitération de sa cavité et consécutivement à son atrophie, surtout si l'on réfléchit aux observations qui constatent l'oblitération des conduits biliaires, du vagin, etc., à la suite de violentes inflammations. D'ailleurs, ne voit-on pas fréquemment ce réservoir membraneux réduit à un très-petit volume lorsqu'il contient des calculs biliaires? Fernel (*Pathol.*, lib. 6, chap. 5), J. Huber (*Phis. trans.*, n.° 492) en citent des exemples; Stoll (*Mét. cur.*, t. 3, part. 2, pag. 173) l'a vu petit comme une fève et rempli de calculs; or, c'est bien probablement par l'irritation chronique qu'elles entretiennent dans la vésicule, que ces concrétions contribuent à produire le rétrécissement de sa cavité. J'ajouterai que Otto (*Handbüch der pathol. anat.*, 1814) dit qu'il a vu trois fois la vésicule manquer par l'effet de maladie, mais il ne donne aucune autre explication. Il est possible aussi que le développement d'une tumeur dans le voisinage de cette poche membraneuse cause le même effet. Peut-être l'oblitération des vaisseaux qui s'y distribuent pourrait-elle y contribuer aussi dans quelques cas.

On ne peut pas confondre l'*atrophie* de la vésicule biliaire, qui est toujours le résultat d'un phénomène mor-

bide postérieur à la naissance, avec *l'absence congénitale* de ce réservoir; d'ailleurs, on observe constamment dans ce dernier cas, une conformation particulière des vaisseaux biliaires ou du foie, en même temps qu'il n'existe *aucune trace* de la vésicule. Je vais exposer rapidement les exemples de ce vice de conformation qui ont été mentionnés par les auteurs; ils démontreront combien il diffère de l'altération que je viens de décrire. Schenk (*Ob. med. rar.*, lib. 3, p. 401) et Marcellus-Donatus (*Hist. med.*, lib. 6) rapportent, au sujet de ce phénomène, le témoignage d'Aristote et de Pline, qui paraissent en avoir observé des exemples chez des individus fort avancés en âge. Morgagni (*de Sed. et Caus.*, ép. 48, sect. 58) a donné l'observation d'un enfant qui mourut 35 jours après sa naissance et qui avait un foie double, dont une portion formait hernie à l'extérieur de l'abdomen par une éventration congénitale. Il n'existait *aucune trace* de la vésicule biliaire, et les autres organes du bas-ventre étaient dans l'état naturel. Lemery (*Acad. roy. des Sc.*, 1701, p. 58) a rapporté succinctement l'histoire d'un homme qui, sept ans avant sa mort, avait été atteint d'une maladie du foie avec tumeur dans la région qu'occupe cet organe, ictère général, etc., et qui succomba à une autre maladie que cet auteur ne décrit pas, mais qui paraissait être, dit-il, héréditaire dans la famille de cet individu. A l'ouverture du cadavre on trouva « Que le foie avait une forme sphéroïde, de telle sorte qu'il n'existait pas de face inférieure concave, et ses deux lobes n'étaient aucunement séparés; l'extrémité du pylore ou le commencement du duodénum perçait la propre substance du foie et s'y unissait intimement; *il n'y avait pas de vésicule du fiel,* mais plusieurs réservoirs qui paraissaient être formés par la réunion des canaux biliaires étendus, et qui servaient de vésicule en communiquant la bile au duodénum par plusieurs petits conduits; le canal pancréatique se réu-

nissait aussi au duodénum en cet endroit ; toutes les parties du foie étaient teintes d'un suc jaunâtre tant en dedans qu'au dehors. » En réfléchissant à la tumeur qui s'était manifestée dans la région du foie plusieurs années avant la mort, on pourrait peut-être penser, comme quelques auteurs l'ont avancé, que la forme globuleuse du foie résultait d'une maladie accidentelle, d'une hypertrophie de cet organe, par exemple. Je ne crois pas qu'on puisse admettre que cette forme du foie ait été l'effet d'un état pathologique antérieur, si l'on songe à la conformation des conduits biliaires, ainsi qu'à la disposition du duodénum, qui traversait un canal creusé dans la substance du foie.

Lemery, en ajoutant quelques réflexions à son observation, se demande si cette conformation particulière et naturelle de l'organe biliaire ne serait pas la cause de la maladie à laquelle cet homme succomba, et qui semblait héréditaire dans sa famille. Sans rien décider à cet égard, je me bornerai à rapprocher de cette observation un fait très-analogue, rapporté par Cl. Boulet (*Commentarii de Reb. in scient. nat. et med. gestis.* Lipsiæ, t. 18, pars. I, p. 244). Ce chirurgien, en ouvrant le cadavre d'une femme, ne trouva aucune trace de la vésicule biliaire (*vesiculam felleam abesse*), et le canal hépatique très-dilaté avait la forme d'un entonnoir avant de s'insérer au duodénum et de recevoir le conduit pancréatique. Plusieurs conduits d'un calibre médiocre venaient s'ouvrir dans le commencement du canal hépatique en formant une espèce de réservoir qui contenait quelques gouttes d'une bile jaune inodore. Ce même chirurgien, en faisant plus tard l'ouverture du cadavre du fils de cette femme, lequel était mort à la suite du développement d'un abcès dans le foie, observa de même chez lui que la vésicule biliaire manquait complètement, et qu'il existait une disposition analogue des conduits de la bile. Il pense,

d'après le rapprochement qu'il fait des symptômes présentés par ces deux malades, que cette conformation de l'appareil excréteur du foie pouvait bien être héréditaire.

Je ne m'arrêterai pas à discuter ici une question étrangère à mon sujet, et je terminerai cet article en exposant brièvement deux autres exemples qui démontrent encore que l'absence complète de la vésicule peut dépendre d'une disposition congénitale; j'ai voulu rassembler tous les faits publiés à ce sujet, parce que quelques auteurs ont paru douter de la réalité de ce point d'anatomie pathologique, et que d'autres ont omis d'en parler peut-être par la même raison. Littre (*Acad. roy. des sc.*, 1705, hist. p. 53) rapporte qu'en ouvrant le cadavre d'un enfant mort 9 jours après sa naissance, il ne trouva *aucune apparence de vésicule biliaire*, quoique le foie fût d'ailleurs très-bien formé. « Les deux artères qui doivent se distribuer à cette vésicule se rendaient dans le foie à l'endroit que la vésicule aurait dû occuper; le canal hépatique, *beaucoup plus gros que de coutume*, se terminait à l'ordinaire par un seul tronc dans l'intestin duodénum. » Targioni Tozzetti a consigné dans l'ancien *Journal de Médecine* (t. IV, p. 283) un exemple analogue. « En ouvrant un cadavre, dit-il, pendant que je faisais mes préparations anatomiques à Pise, je me souviens d'avoir trouvé un foie *sans vésicule de fiel;* mais j'observai que les pores biliaires étaient plus considérables à proportion; que le conduit hépatique était *beaucoup plus grand qu'il ne l'est ordinairement;* qu'il s'unissait au conduit pancréatique, et que de là il allait se terminer à l'intestin duodédum, au lieu où se fait communément son insertion. » Sœmmering a rencontré une fois le même vice de conformation (*voyez* Baillie, ouv. cité), de même que Jœger (*Dissert. de hepatitide cum naturali vesicæ felleæ defectu*, etc., Tub. 1780). M. Serres m'a également dit l'avoir observé plusieurs fois, et il a remarqué que le canal hépatique

avait alors la forme d'un entonnoir, dans lequel s'ouvraient plusieurs conduits biliaires, à-peu-près de la même manière que l'on voit les calices s'ouvrir dans le bassinet du rein. Les détails de chacun des faits qu'on vient de lire, comme je l'ai dit plus haut, démontrent qu'il n'y a aucune espèce d'analogie entre *l'absence congénitale* de la vésicule et *l'atrophie* de ce même organe.

Quand on considère combien il existe peu d'exemples de *l'absence congénitale* de la vésicule biliaire chez l'homme; que parmi les mammifères de l'ordre des carnassiers, il n'y a que le marsouin et le dauphin qui en soient dépourvus; qu'il n'en est de même que chez quelques-uns des oiseaux qui se nourrissent d'insectes et de vers (Cuvier, *Anat. comp.*, t. 4, p. 35) : on est porté à conclure, d'après des exceptions si peu nombreuses, que la vésicule du fiel est un organe bien plus important pour la digestion des substances animales que pour celle des substances végétales, sans doute parce que la bile, en y séjournant, acquiert des qualités plus énergiques. Néanmoins, ces exceptions prouvent aussi que cette poche membraneuse n'est pas d'une absolue nécessité pour l'entretien de la vie chez les carnivores; on peut même l'enlever à plusieurs d'entr'eux, tels que le chien, le chat, et ces animaux continuent de vivre sans éprouver d'accidens remarquables (ancien *Journ. de Méd.*, tom. 27). Je terminerai en ajoutant que les observations que j'ai rapportées, et qui constatent un fait d'anatomie pathologique non encore décrit, démontrent également que chez l'homme le réservoir de la bile ne remplit pas un usage tellement important que son existence soit essentielle à l'exécution des fonctions digestives. On avait d'ailleurs déjà déduit cette conséquence de plusieurs autres altérations de la vésicule qui étaient très-différentes de celle qui a fait le sujet de cet article.

Observation d'une hydropisie aiguë des ventricules du cerveau, chez un enfant de six ans; par M. Bricheteau.

Ouvrier, enfant de six ans, d'une faible constitution, cheveux blonds et teint pâle, avait beaucoup d'intelligence pour son âge; sa tête était très-volumineuse, sa santé habituellement précaire. Cet enfant était indisposé depuis deux ou trois jours, et se plaignait du mal de tête. Lorsque je fus appelé pour le voir, le 15 février dernier, il avait la peau très-chaude, le pouls fréquent, les pupilles dilatées, la tête pesante et douloureuse. Je lui fis de suite appliquer huit sangsues au col; elles se remplirent promptement de sang, et leurs piqûres saignèrent abondamment pendant toute la journée. Le 16, il y eut dans la matinée un soulagement momentané, mais un redoublement le soir avec une dilatation notable de la pupille.

Le 17, huit nouvelles sangsues furent appliquées au col; on y joignit deux grains de calomel administré à l'intérieur. L'enfant perdit beaucoup de sang pendant toute la nuit, et le sel mercuriel détermina plusieurs évacuations alvines.

Le 18, la céphalalgie parut diminuée, mais la dilatation de la pupille resta la même, ainsi que la fréquence du pouls. Les facultés intellectuelles étaient d'ailleurs intactes; on continua le calomel en augmentant la dose.

Le 19, l'état du malade est le même, il montre beaucoup de mauvaise humeur, et de l'aversion pour sa mère qu'il ne peut souffrir auprès de lui. Même traitement, le calomel est porté à 4 grains.

Le 20, le petit malade est mieux; mais j'augure mal de ce que la pupille reste toujours dilatée.

Le 21, l'amélioration se soutient, et quoique la chaleur et la fièvre soient assez fortes, l'enfant ne demande ja-

mais à boire ; cette absence de la soif dure depuis le commencement de la maladie.

Le 23, le malade se plaint de nouveau de la tête, la fréquence du pouls redouble, et la pupille s'élargit de plus en plus; deux grains de calomel toutes les trois heures. Potion avec la teinture de digitale, le nitre et le sirop des cinq racines apéritives; vésicatoire à la nuque.

Le 25, il se manifeste de l'assoupissement par intervalles; on irrite le vésicatoire; et l'on porte le calomel jusqu'à dix grains dans la journée; ce sel ne produit, contre l'ordinaire, aucune évacuation alvine.

Le 26, l'état du malade empire sensiblement, l'assoupissement augmente, il survient plusieurs exacerbations dans le courant du jour, la tête se renverse en arrière, l'un des bras est par momens roide et contracté, les yeux sont livrés à quelques mouvemens irréguliers, l'enfant répond néanmoins aux questions qu'on lui fait. Sinapismes aux pieds, glace sur la tête, lavement avec ℥ij de quinquina dans une livre d'eau en décoction, quelques cuillerées d'un vin généreux.

Le 27, la nuit précédente a été des plus orageuses; il y a des mouvemens convulsifs, on observe une rétraction dans un bras, tandis que l'autre est paralysé, les deux pupilles sont très-dilatées, celle du côté gauche est encore mobile à l'aspect d'une bougie allumée, tandis que la droite est tout-à-fait immobile. La cornée est recouverte d'une couche glaireuse; coma, abolition des facultés intellectuelles. On continue les lavemens de quinquina, les sinapismes, le vin.

La nuit du 27 au 28 se passe dans une alternative de coma profond et d'exacerbation, souvent accompagné de mouvemens convulsifs. L'enfant meurt à 8 heures du matin.

Ouverture cadavérique. — Je fis l'ouverture du corps avec M. Clemanceau, agent du quatrième dispensaire. Je

crus pouvoir lui assurer que nous trouverions un épanchement considérable de sérosité dans les ventricules du cerveau, sans traces d'inflammation, attendu que les facultés intellectuelles avaient été intactes jusqu'au dernier jour de la vie.

Le crâne était volumineux, les os durs et compactes, le diamètre antéro-postérieur de la tête avait au moins cinq pouces et demi, et sa circonférence 16 pouces. La calotte du crâne ayant été enlevée au moyen de la scie, sans léser le cerveau ni produire de commotion, nous trouvâmes la surface extérieure du cerveau très-bombée et légèrement injectée; la portion d'arachnoïde qui la recouvrait était transparente et sans lésion de tissu. Le corps calleux faisait saillie entre les deux lobes cérébraux, et sa surface convexe suffisait pour faire préjuger qu'il y avait beaucoup de sérosité épanchée dans les ventricules latéraux : ils étaient en effet remplis d'un liquide séreux et limpide qui les avait distendus; leurs parois étaient d'ailleurs d'une blancheur éclatante, et la membrane qui les recouvrait n'était aucunement perceptible à l'œil. Les autres ventricules, ainsi que la base du crâne, contenaient également beaucoup de sérosité. Le cerveau et le cervelet, coupés par tranches minces, n'offrirent d'autre altération qu'une très-légère injection, semblable à celle que nous avions rencontrée à la partie supérieure du cerveau.

Les intestins parurent dans l'état naturel; il n'y avait à leur surface interne ni injection, ni épaississement, ni ulcération; seulement ils contenaient en divers endroits une sorte de liqueur épaisse et verdâtre, ressemblant à des épinards délayés dans l'eau. La poitrine n'ayant offert aucune lésion pendant la vie, ne fut point ouverte.

Voici un nouvel exemple simple, mais bien caractérisé, de la cruelle maladie généralement connue sous le nom d'hydrocéphale interne, qui fait périr chaque année un

grand nombre d'enfans. Il arrive souvent que cette maladie débute d'une manière très-insidieuse, et s'enveloppe d'une grande obscurité; la difficulté du diagnostic peut alors diminuer les regrets du médecin qui a échoué dans le traitement, et il lui est jusqu'à un certain point possible de rejeter l'insuccès de sa pratique sur l'incertitude de l'indication qu'il avait à remplir. Mais ici aucune de ces circonstances n'a exercé d'influence sur les résultats du traitement; j'ai bien reconnu la maladie dès les premiers jours, et c'est dans l'intention d'en combattre les fâcheux effets, qu'après avoir fait appliquer deux fois des sangsues, j'ai administré le calomel tant vanté par les Anglais, et dont j'avais dans d'autres circonstances tiré quelqu'avantage. Je me suis bercé un moment de l'espoir du succès, mais il me fut bientôt enlevé par le redoublement du 26. C'est alors que j'eus recours aux vésicatoires, et bientôt après à la glace, aux sinapismes et aux lavemens de quinquina, mais en vain.

Plus une maladie est dangereuse, plus on s'occupe à en rechercher la nature, dans la persuasion où l'on est communément que cette connaissance nous fera découvrir des moyens de la guérir. L'hydrocéphale interne des enfans nous fournit une preuve de cette assertion. Les uns l'ont placée au nombre des apoplexies, d'autres parmi les fièvres dites essentielles, un plus grand nombre parmi les hydropisies aiguës ou actives; enfin cette affection a subi le sort commun réservé de nos jours à presque toutes les autres, et elle est devenue pour une classe assez nombreuse de médecins une inflammation des membranes du cerveau. Cette idée n'est pas aussi nouvelle qu'on l'a annoncé dans un mémoire récemment imprimé, puisque je l'ai réfutée il y a près de dix ans, dans une dissertation inaugurale sur le même sujet. Les raisons que j'exposais alors sont encore dans toute leur vigueur: elles sont fondées sur ce qu'on ne trouve souvent après la mort aucune lésion dans le

cerveau, si ce n'est un épanchement de sérosité. Les médecins Anglais ont constaté un grand nombre de fois cet état négatif des organes ; l'observation que je viens de rapporter nous prescrit la même réserve et nous laisse dans le même doute ; et il est quelquefois très-sage de douter. L'on me demandera peut-être comment j'explique l'intensité de la fièvre et de l'excessive chaleur qu'on observe chez les enfans atteints de la maladie qui nous occupe : je réponds qu'il est quelquefois prudent de n'expliquer rien, et que d'ailleurs la fièvre et la chaleur sont aussi intenses dans d'autres affections qui ne sont pas de nature inflammatoire. J'ajouterai que c'est une erreur dangereuse d'englober toutes les maladies dans une même classe, sous prétexte qu'elles sont toutes dues primitivement à une irritation. Il me semble en effet que dans cette hypothèse on devrait au moins admettre avec feu Marandel, qu'il existe des irritations de plusieurs sortes, qu'on ne doit pas traiter par un seul et unique moyen.

J'aborde une autre supposition très-commode et à l'aide de laquelle toutes les maladies qui ne laissent après elles aucune trace peuvent être rangées parmi les inflammations ; c'est celle qui consacre le principe qu'une inflammation peut avoir existé pendant la vie et ne laisser aucune trace après la mort par suite de la décoloration des tissus qui en étaient affectés. Mais dire qu'il a existé une inflammation dans un organe, parce que dans une autre circonstance cette inflammation a probablement disparu d'un organe semblable, c'est appuyer un raisonnement sur une analogie qui n'a elle-même pour base qu'une probabilité ; c'est pis encore, c'est vouloir faire servir un fait négatif à la preuve d'une vérité fondamentale de pathologie. Au reste, cette opinion, à laquelle Bichat avait donné la sanction de sa grande renommée, est fausse dans beaucoup de circonstances, et nullement applicable au cas qui nous occupe. Pour s'en convaincre, il suffit de pren-

dre connaissance des ingénieuses expériences faites par le docteur Scoutetten (*Archives*, décembre 1823), desquelles il résulte que la décoloration des parties enflammées ne s'effectue après la mort, que dans les tissus extérieurs, et point du tout dans les organes intérieurs où l'air n'a point d'accès, et où la pression atmosphérique, cause probable de la décoloration, ne peut évidemment s'exercer. Quelle peut donc être la cause d'un épanchement si rapide dans les ventricules du cerveau? Ce sera, si l'on veut, un accroissement d'exhalation dont la sérosité épanchée est une preuve irrécusable, ou bien une forte excitation dont une fièvre vive révèle assez bien l'existence; enfin, une irritation qui, au lieu de déterminer un afflux sanguin, produit une congestion séreuse. Mais je ne croirai jamais que, si l'on veut bien ne pas confondre l'hydrocéphale aiguë avec la phrénésie, on puisse regarder la première de ces maladies comme une inflammation, quand on n'en trouve pas de traces après la mort, et surtout lorsqu'il est assez bien prouvé que les désordres produits par l'inflammation ne peuvent disparaître dans les cavités intérieures.

Je terminerai par une observation qui me paraît fort importante, c'est que les erreurs en théorie tiennent presque toujours de très-près à celles qu'on commet dans le diagnostic, et il faut convenir qu'aujourd'hui on en commet beaucoup, faute d'une instruction suffisante; pour s'assurer de cette vérité, il suffit d'ouvrir beaucoup de dissertations composées dans certaines vues, où la confusion et la légèreté ont pris visiblement la place de la méthode et de la profondeur.

Rougeole intense, suppression de l'éruption les trois et quatrième jours de l'invasion ; bronchite ; symptômes de gastrite et d'entérite ; mort le dixième jour. (*Observation communiquée par le même.*)

L'enfant de M. B..... âgé de six ans, doué d'une intelligence précoce, mais d'une santé frêle et chancelante, tomba malade le 29 février dernier. Après vingt-quatre heures d'une fièvre intense, tout son corps se couvrit d'une abondante éruption de plaques rouges, inégales, saillantes, comme celles qui constituent la rougeole : cette éruption fut accompagnée de quelques vomissemens, d'ophthalmie, d'enrouement, et d'une fièvre des plus ardentes.

Le 2 mars (3.me jour de la maladie) l'éruption qui s'était manifestée la veille était considérablement diminuée, et avait tout-à-fait disparu à la face ; les vomissemens avaient continué pendant la nuit, qui d'ailleurs avait été agitée et sans sommeil. On s'opposa à l'application des sangsues, sous prétexte qu'on en avait appliqué huit jours avant au petit malade, pour une inflammation de la parotide. L'épigastre fut couvert d'un large cataplasme émollient ; on donna pour boisson de l'eau de gomme émulsionnée, et par cuillerée une potion avec quelques gouttes de laudanum. Le malade fut d'ailleurs tenu à une diète sévère.

Le 3 (4.me jour), l'enfant passa une nuit très-orageuse ; il eut un délire presque continuel ; la face était rouge ; le pouls très-fréquent et la chaleur extrême, la respiration précipitée et bruyante ; il n'existait presque plus de traces de rougeole. Huit grosses sangsues furent de suite appliquées au col, et immédiatement après de larges cata-

plasmes sinapisés sur les jambes. Les symptômes les plus graves se calmèrent à la suite d'une perte de sang si considérable, que les parens, effrayés de la pâleur qu'elle avait causée, finirent par arrêter le sang, de peur que le petit malade ne tombât en syncope.

Le 4 (5.me jour), le malade est très-abattu; son pouls est toujours très-fréquent, sa respiration précipitée et par fois râleuse, bien que la poitrine soit sonore dans toutes ses parties. On continue l'eau de gomme émulsionnée. Sur le soir, l'état de l'enfant paraissait empirer. On applique deux vésicatoires aux bras en mon absence, et parce que j'avais dit qu'on pourrait recourir à ce moyen dans la suite.

Le 5 (6.me jour), l'état d'irritation et de spasme qui avait cessé d'affecter l'estomac, se manifeste sur le canal intestinal; l'enfant se présente sur le siège plus de trente fois pendant la nuit, sans néanmoins éprouver beaucoup de douleur; les matières qu'il rendait en petite quantité ressemblaient à des râclures de boyaux; le ventre n'était d'ailleurs point tendu et à peine douloureux à la pression. La difficulté de respirer subsistait toujours, la fièvre continuait d'être très-intense, l'abattement et la faiblesse considérables. Le docteur Antommarchi, ex-médecin de Napoléon à Saint-Hélène (qui avait été appelé en consultation), et moi, fûmes d'avis d'administrer des lavemens réitérés avec la décoction de pavot et le laudanum, et de faire des fomentations sur le ventre avec des éponges imbibées d'eau de guimauve coupée avec du lait; de donner du lait d'ânesse pour boisson.

Le 6 (7.me jour), l'irritation des intestins est calmée, mais la respiration s'embarrasse de plus en plus, et fait entendre un râle de mauvais augure qui néanmoins n'est pas continu. (*Sinapismes aux cuisses; potion avec le sirop de lichen d'Islande.*)

Le 7 (8.me jour), les symptômes s'aggravent continuel-

lement; il se manifeste pour la première fois une toux fréquente et comme spasmodique. (*Potion mucilagineuse avec quelques gouttes de castoréum. Nouveaux sinapismes.*)

Le 8 (9.me jour), l'état du malade, encore plus grave que la veille, détermine à appliquer deux vésicatoires aux cuisses.

Le 9 (10.e jour), l'affaiblissement du pouls, la diminution de la chaleur animale, et l'état râleux de la respiration annoncent la mort, qui survint en effet à dix heures du soir, après une longue agonie, pendant laquelle l'enfant donna les preuves d'une grande lucidité d'esprit.

L'ouverture du cadavre fut faite dix-huit heures après la mort, en présence du docteur Antommarchi. Nous trouvâmes le cerveau très-volumineux, du reste exempt d'altération, si on en excepte un peu d'injection. L'arrière-bouche, le larynx, et la trachée artère se trouvèrent dans l'état naturel, mais les bronches étaient fortement enflammées et remplies dans toute leur étendue d'une mucosité purulente et sanguinolente. La partie postérieure du poumon gauche était légèrement enflammée, et infiltrée de la même mucosité dans quelques points. L'estomac offrait de légères plaques rouges sur sa membrane muqueuse, mais l'altération qui les formait était peu profonde; la même lésion existait à un moindre dégré à la face interne de la vessie. Les intestins, examinés avec le plus grand soin, n'offrirent aucune trace de maladie.

Cette observation montre le danger qu'entraîne après soi la suppression brusque et prématurée de la rougeole, et en même-temps l'extrême mobilité des phlegmasies cutanées. Je n'ai pas douté un seul instant que les bronches ne fussent gravement affectées; la gêne continuelle de la respiration et le râle qui l'accompagnait en étaient une preuve irrécusable; mais je suis encore à m'expliquer comment il se fait que le malade n'ait toussé d'une manière notable que l'avant-veille de sa mort.

D'un autre côté, je dois avouer que je présumais trouver dans l'estomac et les intestins la même altération que dans les bronches, à raison des symptômes formidables dont ces parties avaient été le siége; j'étais très-porté à croire, quoique je ne me sois pas livré à un examen suffisant à cet égard, que les espèces de râclures dont il a été parlé étaient des fausses membranes, de la nature de celles que les enfans rendent quelquefois dans de graves entérites. Je pensais en outre trouver ici la confirmation de l'opinion de ceux qui professent que les phlegmasies cutanées ne sont jamais bornées à la peau, et qu'elles coexistent avec une inflammation de l'estomac et des intestins, qui quelquefois même a l'antériorité; mais je me suis évidemment trompé, car le peu de rougeur qui s'observait dans l'estomac ne peut être mis en paralèlle avec les symptômes graves qui avaient eu lieu, ni avec l'altération trouvée dans les bronches, altération qui a déterminé la mort de l'enfant.

Maintenant si l'on me demande sur quel principe physiologique ou pathologique je me fonde pour attribuer la bronchite à la suppression de la rougeole, et pour ne pas admettre que ces deux maladies soient nées sous l'empire de la même cause, avec une marche et une durée différentes; je dirais d'abord avec franchise, qu'à cet égard je m'en suis un peu rapporté aux opinions de Sydenham, Lepecq-de-Laclôture, Polinière, etc., qui ont beaucoup observé de rougeoles; que, sans admettre de métastase ou de transport morbifique, on doit convenir qu'il ne se manifeste point d'accidens semblables dans les rougeoles dont le cours est régulier et la terminaison conforme à la marche la plus constante de la nature; qu'en second lieu, il n'est pas rare de voir varier les complications de cette maladie, c'est-à-dire diminuer ou augmenter, suivant l'intensité de l'éruption, et disparaître entièrement lorsque celle-ci suit invariablement son cours; qu'enfin,

l'analogie vient fortifier ces considérations, en nous faisant connaître d'anciennes éruptions cutanées, produisant les mêmes résultats chez des individus jouissant d'ailleurs d'une assez bonne santé, et n'étant exposés à aucune autre cause de maladie. Ces réflexions n'ont pas le mérite de la nouveauté, mais elles peuvent être aujourd'hui opposées avec quelqu'avantage à ceux qui considèrent la rougeole comme un symptôme de l'inflammation des membranes muqueuses, et proposent de la rayer du nombre des phlegmasies essentielles de la peau.

Observation sur un volvulus survenu tout-à-coup, et qui a cédé à l'emploi du mercure coulant; par M. ROLLAND, *D.-M.*

Madame Rauzi, âgée de 27 ans, demeurant à Ax (Arriège), d'un tempérament sanguin-nerveux, mère de deux enfans robustes, était enceinte pour la troisième fois; le 18 septembre 1823 se manifestèrent les premières douleurs de l'accouchement; l'enfant présentait la main à la vulve. L'auteur de cette observation, appelé auprès de la malade, fit la version de l'enfant, qu'il parvint à extraire, non sans des efforts assez considérables; l'enfant ne vécut que quelques minutes. La mère eut une fièvre violente avec symptômes d'inflammation de l'utérus; cette maladie fut combattue avec succès par les antiphlogistiques, et le 30 septembre la guérison était parfaite.

Le 24 novembre suivant, vers les deux heures du matin, M.me Rauzi fut réveillée tout-à-coup par des coliques si atroces, qu'elle ne pouvait garder aucune position; quelque temps après, elle vomit des matières amères, verdâtres (25 *sangsues sur le ventre, potion calmante*). — Le 25, les douleurs et les vomissemens persistent, la constipation les accompagne; le pouls est petit, concentré, misérable;

l'abdomen tendu, la respiration laborieuse, la face grippée (expulsion d'un ver rond et long d'un pied); on prescrit des vermifuges, des lavemens, des bains. — Cependant le 26 les douleurs sont plus vives, la malade vomit des matières évidemment stercorales. — Le 27, la violence des coliques est telle, que la malade appelle la mort à son secours; les vomissemens de matières fécales d'une horrible fétidité continuent; cette malheureuse femme se levait, se couchait, se roulait, se tordait de cent manières différentes, elle ne cessait de demander de l'eau froide pour calmer la soif ardente qui la dévorait; le pouls était petit, fréquent, intermittent, l'abattement extrême. L'auteur de cette observation commençait à désespérer du salut de la malade, et fit part aux parens de ses inquiétudes. Présumant que le canal intestinal était intercepté par une cause indéterminée, il proposa, comme dernière ressource, l'emploi du mercure coulant à haute dose. La malade, loin d'être effrayée de ce moyen, demanda qu'on le mît sur-le-champ en usage, sans quoi sa mort prochaine empêcherait, disait-elle, qu'on pût y recourir. Elle en prit 9 onces en deux doses. La première prise fut suivie, au bout de deux minutes, de vomituritions qui entraînèrent quelques globules du métal. La seconde, administrée immédiatement après la cessation du vomissement, produisit dans le tube digestif une espèce de mouvement ou de craquement, suivant l'expression de la malade, et aussitôt le calme se rétablit, et tous les accidens se dissipèrent comme par enchantement; il ne restait qu'un sentiment de pesanteur dans la région épigastrique. — Le 28, l'état de la malade était des plus satisfaisans. Le sentiment de poids et de douleur obtuse augmentait lorsque le corps exerçait quelques mouvemens (*bains*, *lavem.*, *pot. laxative*, *tis. d'orge avec sirop de guim. les jours suivans*). Quelques selles muqueuses eurent lieu, avec coliques légères. — Le 2 décembre, la malade

ne se plaint que d'un léger embarras dans l'abdomen; elle désire des alimens (*crême de riz, bain*). — Le 4, on augmenta la nourriture; dans la nuit, la malade rendit involontairement par l'anus des matières qu'elle crut être de nature stercorale; elle se leva précipitamment pour s'en assurer; mais quelle ne fut point sa surprise, lorsqu'elle ne vit rien autre chose que le mercure qu'elle avait pris le 27 novembre! On en recueillit environ 4 onces, et le reste pénétra dans les matelas à travers les draps clairs qui les recouvraient. Les déjections alvines précédentes ne contenaient pas un atôme de métal, même le jour où fut administrée la potion laxative. — Les jours suivans, les forces se rétablirent, et la santé revint à son premier état.

Quelle que soit la cause qui ait déterminé la maladie de M.me Rauzi, il est extrêmement probable que le point de départ de tous les accidens n'était autre chose qu'un obstacle au cours des matières contenues dans les intestins, obstacle qui paraît avoir consisté en une invagination de ces organes. On ne conçoit pas du moins comment toute autre maladie aurait cédé si merveilleusement à l'emploi du mercure coulant. Quoi qu'il en soit, il est bien certain que la malade a dû la vie à l'administration de ce moyen, et l'on ne saurait trop féliciter M. Roland d'avoir eu l'heureuse idée d'y recourir. Personne n'ignore d'ailleurs qu'il a été recommandé par les praticiens les plus distingués, dans des cas de cette nature. C'est dans de semblables circonstances que les antiphlogistiques les plus héroïques seraient vainement prodigués; car ce ne sont pas les symptômes inflammatoires qu'il s'agit seulement de combattre, mais c'est surtout leur cause qu'il faut détruire. Ces cas ne sont malheureusement que trop nombreux, et l'on ne saurait trop engager les médecins à ap-

pliquer toute leur attention à la recherche des causes, autant qu'à celle du siége des maladies (1).

Exposition de la Doctrine de M. Broussais ; *par M.* Goupil, *D.-M.-P., chirurgien aide-major, démonstrateur à l'hôpital militaire de Toulouse.* (V.me Article.)

Nous avons vu précédemment que l'irritation borne rarement ses phénomènes à la partie qu'elle affecte d'abord, et que lorsqu'elle s'élève à un certain dégré d'intensité, elle produit sympathiquement une stimulation plus ou moins vive dans d'autres organes. La membrane muqueuse gastro-intestinale, le cerveau et le cœur sont toujours les premiers à recevoir l'influence que les tissus enflammés énoncent ; de leur irritation sympathique résulte bientôt l'accélération de la circulation, le trouble des fonctions digestives et des sécrétions, la diminution des forces musculaires, des douleurs vagues, et un sentiment de fatigue dans les membres : Ces phénomènes constituent l'état fébrile. Suivant M. Broussais, toutes les fois qu'un organe est assez irrité pour allumer la fièvre, il ne la produit jamais que par l'irritation réunie du cœur, de la membrane muqueuse gastro-intestinale et du cerveau. (*exam.*, p. p. CIX, CX et CXI.) Cette opinion a trouvé des contradicteurs; on a demandé pourquoi l'inflammation d'un organe quelconque ne pourrait pas produire la fièvre, en stimulant directement le cœur, sans exercer

(1) Nous croyons devoir ajouter que le succès obtenu dans ce cas n'est point un motif suffisant pour encourager l'administration du mercure coulant. Ce moyen pourrait être dangereux dans le cas même d'invagination avec inflammation, gangrène et adhérence. De plus, le volvulus, au lieu d'être produit par une intussusception, est plus souvent déterminé par l'étranglement de l'intestin. Le métal ne peut alors qu'augmenter les symptômes et hâter la mort. En supposant qu'elle puisse avoir toujours des avantages, lorsqu'il y a invagination, son administration ne serait pas avouée par la prudence, puisqu'il n'existe pas de signe qui fasse reconnaître d'une manière certaine, pendant la vie, la cause particulière du volvulus. (*N. d. R.*)

aucune influence sur l'estomac. On peut répondre que la membrane muqueuse de ce dernier étant très-irritable, et entretenant les relations les plus intimes avec toutes les parties de l'organisme, doit participer à toute stimulation sympathique assez intense pour être ressentie par le cœur. L'expérience démontre chaque jour l'exactitude de cette assertion; on ne voit jamais en effet l'état fébrile sans la perte de l'appétit, la soif, la rougeur du pourtour de la langue recouverte en même temps d'une couche de mucus blanchâtre à son milieu, etc., en un mot, sans les signes de l'irritation de l'estomac, du moins pendant les premiers temps de l'existence de la fièvre. On voit souvent à la vérité la stimulation du cœur, et par suite l'accélération de la circulation persister quand l'irritation du cerveau et de l'estomac ont déjà cessé, (p. p. CXV.); mais, nous le répétons, celle-ci a toujours existé au commencement à un degré plus ou moins élevé. Il est remarquable que, l'accélération de la circulation exceptée, les phénomènes de l'état fébrile paraissent être produits par l'irritation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, lors même qu'elle a été déterminée sympathiquement par une autre inflammation. Ce n'est en effet qu'à l'époque où ses symptômes se manifestent, que l'on voit survenir le trouble des sécrétions, les douleurs des membres, l'abattement des forces musculaires, et la chaleur de la peau. Nous sommes loin cependant de méconnaître les connexions qui existent entre cette dernière membrane et les autres organes, et de prétendre que l'augmentation de sa chaleur sont dans une dépendance aussi exclusive de l'irritation de l'estomac, que des autres phénomènes de l'état fébrile.

Avant les travaux de M. Broussais, on savait que toutes les phlegmasies peuvent produire la fièvre, et on leur rapportait, sous le nom de *fièvres symptomatiques*, tous les phénomènes qui la constituent quand on observait les

signes d'une affection locale, connue pour être une inflammation. Mais celle de l'estomac et de l'intestin grêle étant encore ignorée, on regarda comme *essentiels* les phénomènes fébriles qu'elle suscite, ne voyant aucune lésion locale à laquelle on pût les rapporter. On conçoit difficilement que les médecins aient pu admettre tout à-la-fois l'existence de fièvres produites par l'inflammation d'un organe, et celle de fièvres indépendantes de toute affection locale : il semble que la connaissance de la véritable nature des premières devait les conduire à celle des secondes, et leur faire penser qu'il existait encore d'autres phlegmasies qu'ils ne connaissaient pas, et dont les symptômes sont précisément ceux de leurs fièvres essentielles.

Suivant M. Broussais, toutes les fièvres essentielles *des auteurs* sont produites par la gastro-entérite simple ou compliquée (*Pp.* CXXXIX); ce sont donc seulement celles qu'ils n'ont point rapportées à la céphalite, à la pneumonie, à la pleurésie, à la péritonite, etc., en un mot, à aucune phlegmasie, que l'auteur de *l'Examen* attribue à l'inflammation gastro-intestinale. Voilà ce qu'il faut bien entendre, et ce que beaucoup de personnes n'ont pas compris, car on entend tous les jours répéter que M. Broussais rapporte *toutes* les fièvres à la gastro-entérite, et l'on fait ensuite de faibles efforts pour prouver que cette opinion est erronée.

Les fièvres essentielles se composent d'un ou deux symptômes prédominans et particuliers à chacune d'elles, et de phénomènes qui sont communs à toutes ; ceux-ci ont été grouppés autour des premiers qui ont servi à caractériser et à établir la nature de la maladie. Les différens ordres de fièvres essentielles créés par cette méthode correspondent aux formes variées que la gastro-entérite peut revêtir. Les symptômes de cette affection, comme ceux des autres phlegmasies, ne se présentent pas réunis chez

tous les individus ni avec la même intensité. Plusieurs d'entr'eux prédominent ordinairement, suivant le mode de réaction que les viscères enflammés exercent sur l'économie, suivant l'intensité de la phlegmasie, les causes qui l'ont déterminée, l'organe dont l'inflammation vient la compliquer, et les dispositions individuelles. Toutes ces circonstances impriment à la gastro-entérite des formes différentes. Si elle survient brusquement chez un individu robuste, chez qui le système sanguin est prédominant, les phénomènes sympathiques consistent principalement dans l'exaltation d'action du système capillaire sanguin. Le pouls, en même temps qu'il est fréquent, est plein et dur; la face est injectée; la peau est rouge et présente une chaleur halitueuse dans toute son étendue; la respiration est fréquente, la céphalalgie vive, et l'urine très-colorée; on observe, en un mot, les phénomènes de la *fièvre inflammatoire*.

Si l'irritation prédomine dans le foie, la gastro-entérite est accompagnée de symptômes bilieux: c'est la *fièvre bilieuse* ou *gastrique*. Dans le premier degré de l'irritation de l'estomac, du duodénum et du foie, on n'observe pas encore de phénomènes fébriles. Il y a céphalalgie, anorexie, appétence des boissons acidules; la bouche est pâteuse et amère, la langue enduite d'une couche muqueuse jaunâtre; on éprouve un sentiment de pesanteur à l'épigastre, des lassitudes dans les membres: c'est *l'embarras gastrique*. Abandonné à lui-même ou traité par l'émétique, l'irritation qui détermine ces phénomènes peut passer à un degré plus élevé et réveiller des sympathies. Alors la soif est vive; le malade désire les boissons froides et acidulées; il y a souvent douleur à l'épigastre, constipation ou diarrhée de matières bilieuses, et vomissemens de même nature; le pouls est dur et fréquent, la chaleur âcre et mordicante; la peau sèche et très-chaude fait éprouver ordinairement, quand on la touche, cette im-

pression appelée chaleur mordicante. La coloration est quelquefois unie à une teinte jaunâtre qui est sur-tout sensible au pourtour des ailes du nez. Cette forme de la gastro-entérite a été appelée *fièvre bilieuse*. Sa complication avec la *fièvre inflammatoire*, désignée par les auteurs sous le nom de *causus* ou *fièvre ardente*, n'est rien autre chose que le développement d'une gastro-entérite chez un individu sanguin, avec prédominance d'irritation hépatique.

Chez les individus lymphatiques, faibles, les enfans et les femmes, l'irritation prédomine quelquefois dans les cryptes muqueux; alors le phénomène prédominant de la gastro-entérite est une augmentation de secrétion dans toute l'étendue de la membrane muqueuse gastro-intestinale : c'est la *fièvre muqueuse*. Elle s'accompagne souvent d'aphthes sur la langue et sur les parois de la bouche et de vers dans le canal intestinal.

Lorsque la gastro-entérite qui se présente sous l'une de ces formes est négligée ou exaspérée par un traitement stimulant, elle augmente souvent d'intensité; les sympathies sont plus actives, et l'irritation qu'elles suscitent dans les autres organes devient assez forte pour ajouter à la gravité de la maladie; les méninges et le cerveau sont ordinairement alors irrités à un haut degré. On voit survenir le délire, la carphologie, la mussitation, l'agitation, les mouvemens convulsifs et les soubresauts des tendons, etc. : c'est ce qui constitue la *fièvre ataxique*. Ce groupe de symptômes résulte donc de la coexistence d'une irritation encéphalique, plus ou moins intense, élevée ou non au degré de la phlegmasie, avec la gastro-entérite (*Pp*. CXXXVIII.) Plusieurs médecins ont réclamé contre cette étiologie des phénomènes nerveux dans la *fièvre ataxique*, et ont prétendu que l'inflammation des voies digestives ne devait pas être regardée, dans tous les cas, comme la cause de l'irritation encéphalique; que ces accidens pouvaient être produits immédiatement par cette dernière, qui peut aussi être le

résultat sympathique de toute autre inflammation que de celle de l'estomac et des intestins. Nul doute que l'irritation es méninges ou de l'encéphale ne puisse être développée directement ou sympathiquement par toute autre influence que celle qui a sa source dans les voies digestives enflammées. Mais de deux choses l'une : ou bien l'irritation encéphalique sera assez intense pour susciter des phénomènes fébriles, ou elle ne le sera pas. Dans le premier cas, élevée au degré de la phlegmasie, elle produira sympathiquement celle du canal intestinal; car, dans cette nuance, elle s'en accompagne *toujours* (*Pp.* CXVIII); et alors peu importe, dans la question, que la gastro-entérite soit primitive ou consécutive : elle existe, et son influence sur l'économie, et principalement sur le cerveau déjà irrité, sera toujours la même. Dans le second cas, on n'observera pas la *fièvre ataxique* des auteurs. L'irritation encéphalique pourra susciter des troubles divers dans les fonctions du système nerveux; mais la soif, la répugnance pour les alimens, l'altération du mucus lingual, la rougeur de la langue, le trouble des sécrétions, ne se feront pas remarquer; car, si on les voyait, il existerait une gastro-entérite, et, par conséquent, les phénomènes communs à chacune des fièvres des ontologistes. Il faut encore tenir compte que, dans les cas où l'irritation encéphalique est produite par une pleurésie, une pneumonie, une péritonite, etc., la membrane muqueuse gastro-intestinale reçoit en même temps l'influence sympathique exercée par ces viscères enflammés; car, ainsi que nous l'avons dit précédemment, toute phlegmasie assez intense pour donner lieu aux phénomènes fébriles, s'accompagne de l'irritation des voies digestives, du moins pendant les premiers temps. La fièvre ataxique des auteurs appartient donc à la gastro-entérite, comme les autres *fièvres essentielles*.

L'irritation encéphalique qui accompagne l'inflamma-

tion gastro-intestinale, ne se manifeste pas toujours par les mêmes phénomènes que dans la dernière forme que nous venons d'examiner. Dans d'autres cas, le délire est sourd, la sensibilité des sens est obtuse, le malade est dans un état de stupeur plus ou moins profonde, et le système musculaire dans la prostration. En même temps, la peau présente une couleur livide, la langue est comme contractée, pointue, tremblante, sèche, gercée et couverte d'un enduit fuligineux, etc. Cette forme de la gastro-entérite est celle que les auteurs ont appelée *fièvre putride* ou *adynamique*. Les symptômes de l'inflammation gastro-intestinale sont trop évidens dans cette dernière pour qu'il soit possible de ne pas la rattacher dans quelques cas à la gastro-entérite. M. Broussais pensait autrefois que ses symptômes pouvaient être produits dans quelques circonstances par l'inflammation de tout autre organe; mais depuis la publication du second *examen*, il a déclaré positivement que s'il admettait autrefois cette opinion, il la rejette aujourd'hui (1).

Les fièvres contagieuses et épidémiques présentent les mêmes symptômes, et par conséquent les mêmes altérations que celles qui sont sporadiques; les mêmes moyens de traitement leur conviennent; ce sont donc des gastro-entérites produites par un empoisonnement miasmatique, compliquées presque toujours d'une autre phlegmasie, et principalement de celle du cerveau et des méninges. (*Pp.* CCCXVII.) Elles ne doivent donc être distinguées des gastro-entérites ordinaires que lorsqu'on les considère sous le rapport des causes extérieures qui les ont provoquées. Les fièvres contagieuses et épidémiques, surtout celles de nos climats, ne présentent pas en effet d'autres caractères particuliers que d'exister sous ces deux formes, c'est-à-dire, de dépendre de l'existence d'un foyer d'in-

(1) *Annales de la Méd. physiol.*, Numéro de janvier 1823.

fection, d'où émanent des miasmes qui enflamment avec plus ou moins de violence la membrane muqueuse gastro-intestinale, ou d'être transmises d'individu à individu, hors de tout foyer d'infection. Dans le Levant, elles s'accompagnent d'inflammations gangréneuses de la peau, de charbon et de bubons qui quelquefois aussi deviennent gangréneux (peste). En Amérique, et sous quelques latitudes chaudes de l'Europe, elles s'associent à une inflammation du foie, à un ictère et à des vomissemens opiniâtres (fièvre jaune). En Europe, elles sont moins violentes, moins meurtrières, et elles se compliquent, comme dans les deux cas précédens, d'irritation encéphalique et fréquemment d'éruption pétéchiale (typhus). Pour prouver que toutes ces affections ne sont que des modifications accidentelles de la gastro-entérite, M. Broussais fait observer que cette phlegmasie peut exister dans le Levant sans bubons, ni charbons; en Amérique, sans jaunisse et sans vomissemens; qu'en Europe, elle s'associe quelquefois aux bubons et aux anthrax; que d'autres fois, elle présente dans nos climats, pendant les chaleurs de l'été, chez les individus adonnés aux boissons alcoholiques, tous les caractères de la fièvre jaune; que le typhus d'Europe s'accompagne de phlegmasies pulmonaires violentes en hiver, de phlegmasies cérébrales en été, et de colites pendant l'automne (1). Passons maintenant à l'exposé des preuves que M. Broussais a données de la non essentialité des fièvres et de leur identité avec la gastro-entérite.

1.° Toutes les irritations sont primitivement locales; ce n'est que secondairement qu'il se manifeste du trouble dans l'action d'un plus ou moins grand nombre d'organes.

2.° Les modificateurs irritans ou débilitans n'agissent jamais sur toute l'économie à-la-fois, aussi il n'existe pas

(1) *Second Examen*, pages 428, 434.

d'irritations ni de débilitations générales, ainsi que nous l'avons établi dans notre premier article.

3.° Tous les stimulans qui produisent les *fièvres essentielles* irritent directement ou sympathiquement la membrane muqueuse gastrique, parce que toutes les stimulations intenses vont y aboutir.

4.° Les causes débilitantes rangées parmi celles des fièvres, agissent en irritant la membrane muqueuse alimentaire directement ou sympathiquement; tels sont: une nourriture grossière, des excès vénériens, etc.

5.° La plupart des symptômes des *fièvres essentielles* sont ceux de toutes les phlegmasies.

6.° L'anorexie, le dégoût pour les alimens, l'altération du mucus lingual, la rougeur du pourtour et de la pointe de la langue sont des prodrômes de toutes les *fièvres essentielles;* ce sont donc les symptômes de l'irritation gastrique qui se font remarquer les premiers.

7.° Quand les phénomènes fébriles se manifestent avant les symptômes de la gastrite, il existe une autre phlegmasie qui a suscité la fièvre et l'irritation gastro-intestinale.

8.° Aux symptômes que nous venons d'indiquer se joignent la sensibilité ou la douleur de la région épigastrique, la constipation ou la diarrhée, et fréquemment des vomissemens. Ces symptômes sont communs à toutes les *fièvres essentielles*, aussi bien que la fréquence du pouls, la chaleur de la peau et le trouble des sécrétions; les phénomènes de la gastro-entérite forment donc, pour ainsi dire, l'élément de toutes les fièvres. Elles présentent en outre un ou deux phénomènes plus saillans que les autres, autour desquels les ontologistes ont rangé ces derniers, et qui leur ont servi à caractériser ce groupe de symptômes. Or, nous avons vu que ces symptômes prédominans ne tenaient qu'à des circonstances accidentelles.

9.° L'adynamie et l'ataxie ne sont pas le résultat d'une débilité générale ou d'une modification morbide introduite dans l'action vitale de toute l'économie; l'état fébrile qu'elles accompagnent se compose de phénomènes d'irritation; il ne peut donc jamais avoir sa source dans la débilité.

10.° La prostration musculaire, la stupeur et les autres phénomènes qui ont fait croire à l'asthénie, se dissipent quand la maladie arrive à une terminaison favorable, quoique l'on n'ait point administré de toniques, que le malade ait été astreint à une diète absolue, à l'emploi des saignées, etc.

11.° La fièvre dite *adynamique* affecte aussi bien et plus souvent même les sujets robustes que les individus faibles; elle survient souvent brusquement au milieu de la plus brillante santé, après un excès de table, l'abus des alcoholiques chez ceux qui présentent le plus les caractères de la force; elle débute par une fièvre violente, des douleurs à l'épigastre, des vomissemens, etc. L'état adynamique est accompagné d'une soif vive, de la sécheresse de la bouche, d'une chaleur brûlante de la peau, etc.; ces signes de l'exaltation de l'action vitale devaient exclure toute idée de faiblesse.

12.° La supersécrétion muqueuse et bilieuse est le résultat de l'irritation de la membrane muqueuse gastro-intestinale et du foie, car les fonctions des organes sécréteurs et exhalans ne peuvent être exagérées qu'autant que leur action vitale est plus énergique.

13.° Chez tous les individus qui succombent aux *fièvres essentielles*, on rencontre des traces de phlegmasie dans les voies digestives à un degré plus ou moins marqué, indépendamment de celles que peuvent présenter les autres organes, et que l'on observe toujours dans la méningine et quelquefois dans le cerveau lui-même.

14.° L'identité des lésions que l'on rencontre après les

diverses *fièvres essentielles*, démontre celle de leur nature et l'inexactitude de leurs divisions. Faisons aussi remarquer que les vomitifs et les toniques transforment souvent l'*embarras gastrique* en *fièvre bilieuse*, et cette dernière en *adynamique* ou *ataxique*.

15.° La plupart des malades ne prennent les médicamens toniques et stimulans qu'avec répugnance, et souvent ils les vomissent; au contraire, ils désirent toujours les boissons froides, acidules ou gommeuses, et ils les ingèrent avec facilité.

16.° Les stimulans exaspèrent le plus souvent les symptômes fébriles, et ce n'est, dans presque tous les cas, que par des révulsions spontanées que les malades échappent au danger.

17.° Les saignées locales, la diète et les boissons délayantes, si elles ne réussissent pas toujours à prévenir une terminaison funeste, diminuent constamment pendant un temps plus ou moins long la fréquence du pouls, la chaleur de la peau, la soif, la sécheresse, la rougeur de la langue et la sensibilité de l'épigastre.

18.° Dans les fièvres intenses, les malades cherchent l'air frais, ils se découvrent la poitrine et l'épigastre, et l'application du froid sur cette dernière région leur procure du soulagement.

19.° Enfin, il est incontestable que par le traitement antiphlogistique on guérit un plus grand nombre de fièvres que par les vomitifs, les purgatifs et les toniques.

Dans notre second article, nous avons démontré l'intermittence de l'irritation; nous devons maintenant établir la non essentialité des fièvres intermittentes et le siége de la lésion qui produit leurs phénomènes. Suivant M. Broussais, ces affections, ainsi que les fièvres rémittentes, sont des gastro-entérites périodiques. Il admet, en outre, que l'encéphale et les autres viscères sont irrités sympathiquement, de même que dans les continues,

et peuvent ainsi devenir le siége principal de l'irritation (*Pp.* CCXXII). Les considérations suivantes ne peuvent pas laisser de doute sur l'exactitude de cette opinion.

1.° M. Pinel regarde les *fièvres intermittentes ordinaires* comme étant de même nature que les *fièvres essentielles*, et par ce judicieux rapprochement il a préparé la découverte de leur siége.

2.° La plupart des auteurs se sont accordés à placer le siége des fièvres intermittentes dans les voies digestives et leurs annexes.

3.° On voit souvent des fièvres intermittentes devenir des fièvres bilieuses ou adynamiques continues, et réciproquement des fièvres bilieuses et muqueuses se transformer en fièvres périodiques.

4.° La plupart des causes assignées par les auteurs aux fièvres intermittentes, agissent sur l'estomac directement ou sympathiquement.

5.° Un accès de fièvre intermittente présente tous les phénomènes d'une fièvre continue.

6.° L'anorexie, le dégoût, les envies de vomir, la sensibilité et quelquefois la douleur de l'épigastre sont les prodrômes de l'accès. Ces mêmes symptômes, et de plus la soif, la rougeur de la langue, l'aversion pour les boissons stimulantes, l'appétence des boissons froides et aqueuses, et quelquefois les vomissemens, se font remarquer pendant la période de la chaleur. Or, nous savons que tous ces symptômes appartiennent à la gastro-entérite.

7.° Presque tous les praticiens ont reconnu la nécessité des antiphlogistiques et le danger des stimulans pendant les accès. Ils ont observé aussi que le quinquina, administré avant d'avoir astreint le malade à la diète et de l'avoir soumis pendant quelque temps à un traitement antiphlogistique, quand la gastro-entérite n'est pas parfaitement intermittente, que le malade conserve entre les

accès quelques signes de l'irritation gastrique, lors même qu'il y a apyrexie complète, exaspère très-souvent la maladie, rend la fièvre continue et la fait quelquefois passer à l'état adynamique ou ataxique. M. Broussais a fréquemment observé ces accidens à une époque où il attaquait les fièvres intermittentes dès leur début par l'émétique et le quinquina (1).

8.° Un grand nombre de fièvres intermittentes, la moitié, suivant M. Broussais (2), cèdent aux saignées à l'épigastre, à la diète et aux boissons adoucissantes.

9.° L'intermittence de l'irritation et l'identité parfaite des fièvres continues et des fièvres intermittentes étant démontrées, il en résulte nécessairement que les fièvres essentielles ordinaires sont des gastro-entérites intermittentes.

Cependant, de même que l'irritation de tous les organes peut déterminer une fièvre continue, elle peut aussi produire une fièvre intermittente; mais il est incontestable que l'estomac participe souvent alors à la maladie. Cette deutéropathie est-elle aussi constante que dans les fièvres continues qui n'ont pas leur siége primitif dans les voies digestives? Il est probable que la durée de la phlogose intermittente étant peu longue, son influence ne s'étend pas toujours jusqu'à l'estomac. Lorsque des fièvres intermittentes auront été étudiées pendant quelque temps encore sous leur véritable point de vue, ces difficultés seront résolues.

On ne doit pas être étonné de voir l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale exister plus souvent sous le type intermittent que les autres irritations. D'abord, la gastro-entérite est la plus fréquente des phlegmasies, puis l'estomac est un des organes qui sont le plus

(1) *Annales de la Méd. phys.*, t. III, pag. 332 et 336.
(2) *Ibidem*, pag. 334.

soumis à l'intermittence d'action dans l'état de santé; enfin, c'est sur lui qu'agissent la plupart des causes dont M. Roche a si bien établi l'intermittence d'action (1).

De toutes les parties de la médecine physiologique, la nouvelle doctrine pyrétologique est celle qui a suscité le plus de controverses, et qui a rencontré le plus d'obstacles. Tous les argumens ont été épuisés par les défenseurs de l'*essentialité;* tous ont été réfutés par leurs adversaires, et aujourd'hui la question est jugée pour les hommes éclairés et de bonne foi; ceux qui se refusent encore à l'évidence n'ont pas étudié avec assez de soin la médecine physiologique, ou sont mus par des motifs qu'il serait pénible de qualifier. Nous ne reproduirons pas la polémique que cette matière a provoquée, elle serait aujourd'hui superflue et fastidieuse; ceux qui voudront en connaître les détails, consulteront les deux *Examens* de M. Broussais, les *Mémoires* de Ducamp et de M. Roche, et la *Pyrétologie physiologique* de M. Boisseau. Nous nous bornerons à présenter ici un résumé rapide des objections et de leurs réfutations.

1.° On a prétendu que la plupart des causes des fièvres agissaient sur tout l'organisme, et l'on a cité principalement les vicissitudes atmosphériques, la rétention des principes de la perspiration pulmonaire et cutanée sous l'influence du froid, les émanations délétères et les autres principes que l'absorption peut introduire dans la circulation.

Toutes ces causes n'agissent d'abord que sur un seul organe, et ce n'est que par les sympathies que met en jeu l'irritation qu'elles déterminent, que celle-ci s'étend ensuite à d'autres organes. Ainsi, l'action du froid et de la chaleur sur la peau n'influence que la muqueuse gastrique ou pulmonaire, ou les organes des sécrétions. La réten-

(1) *Annales de la Méd. phys.*, t. I.er, pag. 116.

tion des principes de la transpiration ne détermine pas de maladies, mais la diminution de l'action de la peau est remplaeée par la surexcitation d'un autre organe, et celle-ci peut s'élever au degré de l'irritation. Les agens morbifiques introduits dans la circulation n'exercent aussi qu'une action limitée. Ainsi; le virus de la variole borne son action à la membrane muqueuse gastro-intestinale et à la peau. Les miasmes délétères irritent ou les organes digestifs, ou le cerveau, ou les poumons. Tous ces agens n'influencent donc qu'un ou deux organes, et l'on ne doit pas en être plus surpris que de voir l'émétique et les drastiques introduits par l'absorption cutanée, irriter exclusivement, le premier, l'estomac, les seconds, le gros intestin.

2.° Toutes les causes des fièvres ne sont pas irritantes, il en est de débilitantes.

Si on lit les causes assignées par les auteurs aux *fièvres essentielles*, on voit que ce sont toutes celles de la gastro-entérite. On remarque aussi que ce sont à-peu-près toujours les mêmes pour chacune des fièvres, que les nosographes n'attribuent cependant pas toutes à la faiblesse, et dans plusieurs desquelles ils reconnaissent au contraire des phénomènes d'irritation; d'où il résulte que, suivant eux, les mêmes agens produiraient tantôt l'asthénie, et d'autres fois la surexcitation. Quoi qu'il en soit, certaines causes ne sont regardées comme débilitantes que parce qu'elles produisent la faiblesse du système musculaire et des vaisseaux capillaires de la périphérie, tandis qu'elles stimulent en même temps les viscères. Tels sont le séjour dans les prisons et les camps, les affections morales tristes, l'usage d'alimens de mauvaise qualité, l'abus du coït, etc. Parmi les causes débilitantes placées par les auteurs dans l'étiologie des fièvres, il en est qui le sont véritablement, mais ce ne sont pas elles qui déterminent la maladie, seulement, en affaiblissant le système sanguin, elles don-

nent plus d'énergie au système lymphatique, et prédisposent ainsi à la forme muqueuse de la gastro-entérite (fièvre muqueuse). Il faut observer encore que le tableau étiologique des fièvres attribuées à la faiblesse n'a point été tracé d'après l'observation des causes de ces maladies, mais fort souvent d'après la théorie que l'on s'était faite de ces dernières. On les avait déclarées essentiellement asthéniques, il fallait nécessairement leur assigner des causes qui fussent en harmonie avec la nature qu'on leur supposait.

3.° La fièvre se compose de phénomènes généraux, elle ne saurait donc avoir de siége; elle constitue par conséquent une maladie générale.

Il n'est pas vrai que les symptômes de la fièvre existent dans toute l'économie, beaucoup d'organes conservent leur intégrité; mais lors même que l'objection serait fondée, sont-ce donc les symptômes qui constituent la maladie, ou bien ne sont-ils que la conséquence de cette dernière, c'est-à-dire de la lésion d'un organe? Il serait trop erroné de soutenir aujourd'hui la première proposition, et c'est cependant sur elle que l'argument repose. La perte du sentiment et celle du mouvement volontaire déterminée par l'apoplexie sont des phénomènes généraux autant que ceux de la gastro-entérite fébrile, et cependant on ne fait pas de l'apoplexie une maladie générale, pourquoi donc localise-t-on tous les phénomènes morbides dans la pneumonie, la pleurésie, etc.? Quand on recherche les causes et les symptômes d'une maladie, ce n'est que pour connaître l'organe malade et pour savoir comment il l'est, et l'on ne s'attache à acquérir ces données que pour se décider sur le choix du traitement. Ce n'est donc point aux symptômes eux-mêmes qu'il faut s'arrêter, on ne doit les étudier que pour découvrir la source d'où ils partent, afin de ne pas les ériger en maladie et leur opposer à chacun un traitement par-

ticulier, comme on l'a fait jusqu'à ces derniers temps.

4.° On prétend encore que la maladie est générale lors même qu'il existe une affection plus marquée de l'un des systèmes organiques, et l'on allègue pour motif de cette opinion, que dans la fièvre inflammatoire, par exemple, le système sanguin peut fort bien être irrité dans toutes ses parties, et que, puisque ses divisions pénètrent partout, l'affection générale de ce système est celle de l'économie.

Pour prétendre que les vaisseaux capillaires sanguins sont irrités dans la fièvre inflammatoire, il faut avoir constaté leur irritation. Or, quels sont les phénomènes par lesquels se manifeste celle des tissus rouges? les signes de l'inflammation : pourquoi donc, ainsi que M. Broussais l'a objecté dans le premier *examen*, toutes les parties ne sont-elles pas rouges, tuméfiées, douloureuses dans la synoque, si elle est le résultat de l'irritation de tout le système vasculaire sanguin?

5.° S'il existe quelques symptômes prédominans appartenant au cerveau, aux poumons ou aux viscères de la digestion, ils indiquent seulement que certains organes sont plus affectés que d'autres, parce que dans une maladie générale les parties les plus sensibles doivent être plus affectées que les autres.

On pourrait tout au plus soutenir cette proposition si la lésion des différentes parties s'était manifestée en même temps dans les unes et dans les autres; mais lorsque les symptômes de l'affection d'un organe précèdent ceux de la lésion de tous les autres, il est impossible de méconnaître le rôle que joue le premier dans le développement des phénomènes généraux. C'est ainsi que la douleur de l'abdomen et sa tuméfaction dans la péritonite nous apprennent que la fièvre n'est que le résultat de l'inflammation du péritoine, maladie locale qui était autrefois

une fièvre essentielle comme la gastro-entérite, et dont l'anatomie pathologique a démontré la nature.

6.° Les symptômes locaux rapportés à la gastro-entérite dépendent d'un état morbide particulier de l'estomac, et s'ils sont parfois produits par l'irritation de ce viscère, ce n'est pas une irritation de même nature que l'inflammation.

Les symptômes de la lésion de l'estomac sont rapportés à son inflammation, parce que l'existence de cette dernière est démontrée par le mode d'action des causes de la maladie, par l'analogie de ses phénomènes avec ceux de toutes les phlegmasies, par les altérations qu'elle laisse sur les cadavres, par les effets des stimulans et des adoucissans.

7.° La prostration musculaire, la stupeur et le trouble des fonctions nerveuses indiquent évidemment la faiblesse ou l'ataxie de l'action vitale.

Comment peut-on concevoir que des désordres qui se développent en peu de temps chez les individus les plus robustes, sous l'influence des causes irritantes les plus manifestes, caractérisés par les signes de l'excitation la plus vive, la chaleur brûlante de la peau, la soif, la sécheresse de la bouche, la fréquence du pouls, le délire, l'agitation, etc., que les antiphlogistiques calment, que les stimulans exaspèrent, puissent reconnaître pour cause une atteinte profonde portée aux forces de l'organisme? La prostration musculaire est liée à la plupart des phlegmasies internes, surtout lorsque le cerveau est irrité; la lésion de ce viscère et de la méningine rendent suffisamment raison de la stupeur. Quant à l'idée d'ataxie, elle résulte de ce que l'on n'a considéré que le trouble de la fonction, sans examiner les modifications qu'éprouve l'action de l'organe qui l'exécute.

8.° On a prétendu, à l'origine de la doctrine physiologique, qu'il existait rarement des altérations dans les ca-

davres des individus qui ont succombé aux *fièvres essentielles*.

Personne aujourd'hui n'ose soutenir cette assertion si évidemment contraire aux faits multipliés recueillis chaque jour par tous les médecins qui font des ouvertures de cadavres. Aussi convient-on maintenant que, dans presque tous les cas, on trouve des altérations dans le canal digestif: la rougeur, l'épaississement de la membrane muqueuse ou des ulcérations. Ces lésions sont le résultat d'une inflammation; ainsi donc, dans presque tous les cas, de l'aveu de nos adversaires, les symptômes fébriles seraient le résultat d'une gastro-entérite.

9.° Mais, a-t-on dit, ces altérations ne sont pas produites par l'inflammation, elles sont le résultat de l'asthénie ou du séjour des matières fécales.

On ne devra réfuter la première hypothèse que lorsqu'on sera parvenu à nous démontrer que la rougeur des tissus, leur épaississement et leur ulcération peuvent être déterminés par l'asthénie. Jusque-là cette supposition est trop absurde pour mériter une réfutation.

On trouve des ulcérations quand les malades ont été affectés de diarrhée, aussi bien que lorsque la constipation a existé; on en rencontre quelquefois dans l'estomac, où il n'y a pas de matières fécales; et en supposant même que ces lésions soient le résultat de la cause qu'on leur assigne, ce qui n'est rien moins que prouvé, il faudrait toujours reconnaître que les matières n'ont pu ulcérer la membrane muqueuse qu'en l'irritant, et que ces altérations sont la suite d'un travail inflammatoire. Or, cette inflammation a eu plusieurs périodes à parcourir, elle a nécessité quelques jours de durée, elle a suscité des symptômes, etc.; cette étiologie des lésions cadavériques, si elle était vraie, prouverait donc précisément le contraire de ce que l'on a voulu établir.

10.° Ces altérations sont souvent trop légères pour rendre raison de la mort.

Nous avons déjà prévenu cette objection (3.e article) en faisant remarquer que la mort n'était pas le résultat des désordres locaux dans la gastro-entérite et dans l'inflammation de la plupart des autres organes, mais qu'elle était produite par le trouble sympathique des organes les plus importans à la vie, ceux dont l'action ne peut pas être long-temps troublée sans que la mort arrive. Du reste, ces altérations ne sont pas des indices fidèles de la lésion qui existait pendant la vie, parce qu'elles ont pu perdre de leur intensité, puisqu'elles peuvent disparaître complètement.

11.° La rougeur des intestins, qui est souvent la seule trace que laissent les fièvres essentielles, peut exister sans apporter de trouble dans les fonctions, car on l'a rencontrée chez des suppliciés et chez des hommes morts par accident.

Mais on ne nous apprend rien sur l'état antérieur de la santé de ces derniers, et c'est-là ce qu'il fallait établir avant de tirer des conclusions de ce fait. Quant aux premiers, on peut bien raisonnablement supposer chez eux l'existence d'une gastro-entérite, lorsqu'on réfléchit aux circonstances dans lesquelles se trouvent depuis long-temps les individus qui vont au supplice.

12.° On a prétendu que l'inflammation qui existe dans les voies digestives chez les sujets affectés de *fièvres graves*, est de nature essentiellement gangréneuse, comme le charbon et la pustule maligne, et qu'elle exige comme ceux-ci l'emploi des toniques.

Pour être autorisé à soutenir cette opinion, il faudrait prouver que la *fièvre adynamique* est toujours produite, comme les affections auxquelles on la compare, par des agens délétères, tandis que l'on est très-rarement soumis à leur influence, et que la gangrène de la membrane mu-

queuse digestive s'observe constamment après cette maladie, tandis qu'elle est entièrement rare.

13.° Enfin, pour trancher la discussion, on a prétendu que les altérations rencontrées dans les cadavres des individus qui ont succombé aux fièvres graves, étaient l'effet et non la cause des symptômes qui la caractérisent.

Si le mot *fièvre* est une expression abstraite qui désigne un groupe de symptômes, il est absurde de soutenir qu'elle est la cause des lésions de la membrane muqueuse. Pourquoi donc ne pas attribuer aussi à la fièvre de la pneumonie et de la pleurésie l'hépatisation du poumon et l'épanchement thoracique? Si on entend par *fièvre* une maladie particulière *sui generis*, ces lésions prouvent toujours qu'elle avait son siége dans les voies digestives, puisqu'on n'en rencontre pas dans les autres organes, excepté dans les cas où elle était compliquée, et si ces altérations sont celles de toutes les inflammations, si les causes de la maladie et ses symptômes sont ceux des inflammations, si les symptômes locaux appartenant aux organes digestifs se montrent avant les phénomènes généraux, il faut nécessairement conclure que l'affection de ces derniers est une inflammation, et que celle-ci suscite tous les symptômes qui constituent la fièvre.

14.° Dans quelques cas on ne trouve aucune altération dans les cadavres.

Ces cas sont tellement rares, que les adversaires de la nouvelle doctrine ont eu beaucoup de peine à en recueillir quelques exemples dans l'espace de plusieurs années, et du reste, ils sont loin de confirmer l'opinion qu'ils soutiennent. Nous avons vu (3.e article), en effet, que des phlegmasies, très-évidentes pendant la vie, n'ont pas laissé de traces après la mort, et, du reste, si toutes les preuves administrées par la doctrine physiologique contre l'essentialité des fièvres établissent, de la manière la plus évidente, que les symptômes qui les constituent dépendent de l'in-

flammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, il faut nécessairement reconnaître son existence toutes les fois que l'on remarque les phénomènes que l'observation et l'ouverture des cadavres ont appris lui appartenir.

15.° Les meilleurs praticiens ont constaté les mauvais effets de la saignée dans la plupart des fièvres.

D'accord, mais ce n'est que de la phlébotomie que l'on parle et nullement de la saignée capillaire, qui n'a jamais été employée dans le traitement des fièvres avant M. Broussais; or, nous avons vu ailleurs (2.e article) que les effets de ces deux modes de saignées étaient très-différens dans le traitement des phlegmasies membraneuses.

16.° Les effets avantageux des toniques et des stimulans prouvent que les fièvres adynamiques et ataxiques ne sont pas le résultat d'une phlegmasie.

Il n'est pas de méthode de traitement, quelque vicieuse qu'elle soit, qui ne compte aussi des succès. Ceux qui traitent les péritonites, les pleurésies et les pneumonies par l'émétique et les toniques, allèguent aussi des guérisons pour justifier cette méthode. Quoi qu'il en soit, toute la question doit reposer sur des chiffres, il ne s'agit pas ici de savoir si l'on guérit les fièvres *malgré* ou *par* les toniques, mais si l'on en guérit davantage par cette méthode que par les antiphlogistiques. Or, la question est jugée depuis long-temps pour tous ceux qui connaissent les résultats des deux pratiques. Comment peut-on vanter une méthode de traitement qui ne guérit pas même la moitié des malades, car chacun sait que les sept douzièmes environ des individus traités par les toniques de *fièvres adynamiques* ou ataxiques succombent?

Si nous résumons tout ce que nous avons dit sur l'état fébrile, nous voyons que :

1.° La fièvre peut être déterminée par l'irritation d'un organe quelconque, élevée jusqu'à l'inflammation.

2.° Cette dernière stimule sympathiquement le cœur,

le cerveau et la membrane muqueuse digestive, et chacun de ces trois organes éprouve cette irritation sympathique à des degrés différens dans chacun d'eux.

3.° L'irritation gastro-intestinale devient souvent prédominante, il en est de même de celle du cerveau; et alors, dans le langage des ontologistes, une fièvre essentielle vient compliquer la fièvre symptomatique.

4.° Toutes les fièvres essentielles des auteurs sont des groupes de symptômes produits par l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin grèle, simple ou compliquée d'une autre irritation.

5.° Les différences des fièvres dépendent des formes diverses que prend la gastro-entérite.

6.° Les irritations sympathiques, provoquées par la gastro-entérite, peuvent acquérir une grande intensité et devenir prédominantes. Celle-ci, alors, persiste ou diminue, et des symptômes nouveaux s'ajoutent à ceux de la phlegmasie primitive, ou les remplacent.

7.° Les fièvres intermittentes sont des phlegmasies fébriles périodiques.

8.° Les fièvres intermittentes ordinaires sont des gastro-entérites périodiques, le plus souvent primitives, quelquefois sympathiques; peut-être sont-elles produites dans quelques cas par l'irritation de tout autre organe, sans complication de gastro-entérite.

9.° Les fièvres pernicieuses sont des inflammations intermittentes des poumons, de la plèvre, du cerveau, du canal intestinal, etc., pendant les accès desquelles les organes irrités sont le siége d'une congestion très-active.

10.° Les fièvres larvées sont des inflammations, des hémorrhagies, des névroses ou des subinflammations périodiques et apyrétiques.

Observations pour servir à l'histoire des inflammations de l'appendice du cæcum; par M. Louyer-Villermay, *membre-titulaire de l'Académie royale de Médecine.* (*Lues à l'Acad. royale de Méd.*, *le* 27 *avril* 1824.)

I.re *Obs.*—M. G.***, âgé de 35 ans, d'un tempérament sanguin et jouissant habituellement d'une bonne santé, menait une vie sobre et régulière, lorsqu'il fut pris tout-à-coup le 18 novembre 1823, à cinq heures du matin, d'une douleur vive dans le côté droit de l'abdomen, suivie de vomissemens légèrement bilieux : toute cette partie du ventre était extrêmement sensible au toucher. Le testicule du même côté était fortement rétracté; le pouls semblait s'éloigner peu de son rythme naturel. (On n'avait remarqué d'autre symptôme précurseur qu'un sentiment de froid sur la face dorsale du pied droit, qui exista pendant les trois ou quatre jours antérieurs à l'invasion.) M. Sévestre, son médecin ordinaire, lui prescrivit des boissons émollientes, des lavemens de même nature, et l'application à l'anus de vingt sangsues, dont les piqûres saignèrent toute la journée. Le soir, la douleur était moins forte, les vomissemens avaient cessé, mais le pouls avait acquis de la fréquence; la nuit fut agitée. Le 2.e jour, on appliqua trente sangsues sur la région iliaque droite où la douleur s'était manifestée plus vivement. On prescrivit du petit-lait nitré et des cataplasmes émolliens le soir. La dureté du pouls, malgré la diminution de la douleur, fit recourir à une saignée du bras, de quatre palettes. Le 3.e jour, vingt sangsues sont de nouveau appliquées sur le point le plus douloureux de l'abdomen. On donne de six en six heures un bain tiède, mais dans la nuit, des vomissemens d'un liquide verd

foncé, presque noir, reviennent accompagnés d'efforts très-douloureux. Le 4.e jour, à dix heures du matin, je trouvai le malade sans pouls, avec les extrémités froides, n'accusant aucune douleur, même dans le ventre, et témoignant peu d'inquiétude. Les vomissemens continuaient, et sa figure prenait l'empreinte hippocratique. Dans le but de diminuer les vomissemens et la chaleur intérieure dont il se plaignait à la région épigastrique, je conseillai de la limonade à la glace qui fut prise avec plaisir, et en même temps je fis couvrir les membres abdominaux de sinapismes très-actifs. A midi, le malade expira, en quelque sorte, sans agonie.

Autopsie cadavérique faite vingt-quatre heures après la mort. — L'abdomen ouvert, on trouva le testicule placé près de l'anneau inguinal, mais sain. On aperçut en même temps à droite et à la hauteur de la fosse iliaque, un épanchement d'environ cinq onces d'une sérosité noirâtre exhalant une odeur de gangrène. Au milieu nageait l'appendice cœcal, d'un tiers plus long et plus volumineux que de coutume, noir, frappé de gangrène, et réduit en putrilage. On pouvait le détacher sans le moindre effort. Les traces d'inflammations gangréneuses s'affaiblissaient à mesure qu'on s'éloignait de cet appendice, et disparaissaient entièrement à l'intérieur du cœcum qui était sain. Les replis péritonéaux formés autour de cet intestin étaient parsemés çà et là de petites taches gangréneuses, et adhéraient à la fosse iliaque. Un tissu cellulaire imprégné d'un liquide séro-purulent, entourait le rein droit, exempt d'altération. La membrane muqueuse de l'estomac était rouge et épaissie; celle du tube intestinal, ainsi que tous les autres organes, étaient dans leur état ordinaire.

II.me *Obs.* — Un homme âgé de 37 ans et doué d'une bonne constitution, portait à droite une hernie inguinale qu'il maintenait parfaitement à l'aide d'un bandage. 1.er Jour, le 21 juillet 1821, une heure après avoir soupé,

avec et comme toute sa famille, il ressentit un malaise général, puis des envies de vomir et des coliques très-vives vers l'ombilic : il lui semblait qu'une barre traversait cette région, en la comprimant avec force. Des vomissemens qu'il provoqua lui firent rendre son souper, ainsi qu'une bile très-verte et visqueuse; mais loin d'en être soulagé, ses douleurs et son anxiété augmentèrent pendant toute la nuit. Les lavemens furent sans résultat. Le 22, à six heures du matin, calme momentané, mais faiblesse extrême; face pâle, langue humide, soif intense, pouls petit, serré, fréquent; crampes aux mollets. La région ombilicale était douloureuse au toucher, les hypochondres légèrement gonflés, et la hernie exactement réduite. Lorsque le malade voulait parler, la douleur se ranimait au point de lui arracher des cris, et la respiration devenait alors difficile. M. le docteur Piron Sampigny, son médecin, à qui je dois la communication de ce fait, lui ordonna une décoction de graine de lin légèrement sucrée, des lavemens et des fomentations émollientes, et en outre une saignée du bras et une application de sangsues, que le malade refusa opiniâtrement. Vers deux heures, vomissemens réitérés de bile verte poracée; déjections alvines analogues, dysurie, gonflement très-considérable du ventre, légère douleur dans la région lombaire droite, frissons irréguliers, nuit assez calme, somnolence plutôt que sommeil, rêvasseries, vomissemens bien moindres, soif vive par intervalle. Le 23 au matin, intégrité des facultés intellectuelles; pouls petit, faible, irrégulier; le ventre ne paraît pas douloureux. (*Eau de poulet, eau de groseilles avec addition d'eau de fleurs d'oranger; potion antispasmodique; sinapismes.*) Vers dix heures, syncopes, et peu après mort.

Autopsie cadavérique. — A l'ouverture de l'abdomen, on remarque dans la fosse iliaque droite un corps pyramidal (l'appendice cœcal) long de trois pouces et d'un pouce

environ de diamètre à sa base, d'un noir violet dans toute son étendue, se dirigeant vers l'anneau inguinal qui était fort dilaté, mais libre, et où on l'engageait à volonté. La membrane muqueuse de l'appendice, très-épaissie, était d'un blanc argentin près le cœcum, noire et désorganisée dans le reste de son étendue : ses parois avaient trois lignes d'épaisseur. Ouvert sur son bord externe, le cœcum fut trouvé très-sain, et même jusqu'à l'embouchure de l'appendice. Les intestins, très-distendus par des gaz, étaient dans l'état naturel, mais la membrane muqueuse de l'estomac offrait les traces légères d'une phlogose ; les autres organes ne présentaient rien de remarquable.

Ces deux observations nous semblent appartenir à une même maladie, car la circonstance d'une hernie inguinale dans l'un des deux cas, n'apporte aucun changement notable dans la nature de l'affection ni même dans sa marche, puisque l'anneau était libre, la hernie bien réduite, et qu'on ne peut supposer aucun étranglement intérieur. Toutefois il est possible que l'appendice du cœcum ayant fait antérieurement partie de la hernie, ait acquis par cela même le volume extraordinaire qu'il présentait : nous disons qu'il est possible, parce que l'examen de l'anneau et du scrotum n'a démontré aucune trace sensible de cette hernie. Ainsi ces deux observations, bien qu'elles offrent quelques différences dans les formes, nous paraissent au fond identiques. Dans l'un et l'autre cas, nous voyons un homme dans la force de l'âge, doué d'une bonne constitution, frappé inopinément, au milieu d'une santé parfaite, par une inflammation des plus aiguës, et dont la terminaison funeste a été des plus rapides. Chez l'un comme chez l'autre, il n'y a point eu d'agonie ; au contraire, peu d'instans avant la mort, il y a eu une amélioration apparente avec calme trompeur.

Le traitement, également rationel, a été également infructueux. Si l'autopsie cadavérique a présenté quelques différences de forme ou de détails, le fond était le même chez les deux, le même organe, l'appendice du cœcum affecté de la même manière, et entraînant la mort avec une rapidité à-peu-près égale; chez tous deux, la gangrène occupait la totalité de l'appendice, s'étendait, mais accessoirement et dans des limites très-étroites, aux tissus environnans, respectant toute l'étendue du péritoine, la masse intestinale, l'intérieur du cœcum et tous les autres viscères. Il nous paraît bien probable que la phlogose de la membrane muqueuse de l'estomac, dépendait de l'irritation sympathique d'où provenaient les vomissemens : ainsi s'explique la rougeur plus intense de cette membrane, dans le premier cas, où les vomissemens furent plus prononcés, du moins sur la fin de la maladie. Mais comment l'inflammation d'un organe d'un aussi petit volume, et sur-tout d'une importance connue si bornée, a-t-elle pu causer si promptement la mort et sans péritonite consécutive? C'est ce que nous ne pouvons pas nous expliquer. Nous ignorons également si l'affection de cet appendice sera suivie constamment d'un résultat aussi prompt et aussi fâcheux.

Sur quelques modifications apportées au porte-caustique mis en usage par le docteur Ducamp, *dans le traitement des rétrécissemens de l'urètre; par M.* Heurteloup, *D.-M.-P.*

La chirurgie française vient tout récemment de combattre, avec succès, une des affections les plus communes et les plus douloureuses. Le procédé curatif mis en usage est d'une simplicité et d'une efficacité reconnues, et il se trouve naturellement placé dans la série de ceux qui ne

demandent plus que de légères modifications pour atteindre le degré de perfection dont ils sont susceptibles. Le docteur Ducamp, auquel on doit cet ingénieux procédé, frappé du danger et de l'insuffisance des moyens curatifs employés contre les rétentions d'urine causées par les rétrécissemens de l'urètre, pensa que le traitement par le caustique, en usage jusqu'à ce jour contre cette affection, pouvait être avantageusement modifié. On voit dans l'ouvrage que nous a laissé ce jeune médecin, enlevé sitôt à la science qu'il devait enrichir encore, par quels raisonnemens il fut conduit à se servir des moyens qu'il enseigne.

Il eut d'abord cette idée, que s'il pouvait reconnaître non-seulement la profondeur à laquelle se trouvait le point rétréci, mais encore sa forme, il parviendrait plus sûrement à augmenter la capacité de l'urètre, puisqu'il saurait sur quelle partie il devait porter le caustique avec sécurité, et, par conséquent, avec hardiesse. Il imagina donc de prendre l'empreinte du rétrécissement : il mit à l'extrémité d'une sonde de gomme élastique, de la cire à mouler, et vit, avec une grande satisfaction, que cette cire appliquée sur le rétrécissement lui rapportait son image exacte. Cette idée mère fut féconde en résultats, car elle donna à Ducamp cette autre idée, principale cause du brillant succès qui couronna son nouveau mode d'opération, et qu'il énonce ainsi : *cautériser d'avant en arrière et de dedans en dehors*. Pour atteindre ce but, il imagina un instrument particulier qu'il nomma porte-caustique, qu'il construisit dans la double intention de faire ensorte qu'en portant un caustique sur le rétrécissement, le reste du canal soit à couvert de son action, et de porter le caustique dans le point rétréci, de manière à le détruire de dedans en dehors.

Cet instrument, d'abord imparfait, fut modifié plusieurs fois par l'auteur lui-même. M. Greiling, le premier qui mit à exécution les idées de Ducamp, d'après les ob-

servations qui lui furent faites par les chirurgiens qui s'adressaient à lui, en composa un d'un mécanisme tout-à-fait différent, et en même temps plus simple et mieux conçu. Enfin, je crois avoir apporté à ce dernier une modification qui, bien que légère, semble le rendre plus parfait encore. C'est donc sur toutes ces circonstances que j'ai le désir d'appeler l'attention des chirurgiens qui emploient le mode de traitement indiqué par Ducamp.

Le premier porte-caustique que ce chirurgien fit établir, fut ainsi composé : 1.° une sonde de gomme élastique creuse, ouverte à ses deux bouts, dont l'un porte une douille de platine, laquelle douille creusée dans le sens de la longueur de la sonde, était surmontée d'un petit demi-cylindre de six lignes de longueur, évidé, de la grosseur d'une bougie n.° 1, et destiné à emboîter la cuvette qui devait porter le caustique. 2.° Une tige un peu plus longue que la sonde, portant à une des extrémités une cuvette qui, au moyen de points d'arrêt pratiqués sur le mandrin, ne devait pas dépasser l'extrémité du demi-cylindre surmontant la douille de la sonde. Au moyen d'un demi-tour qu'on imprimait à la tige, et par conséquent à la cuvette, le caustique se trouvait à volonté à découvert, ou recouvert par le demi-cylindre surmontant la douille, de manière qu'on le mettait, quand on le voulait, en rapport avec les parties à cautériser.

Voilà la première idée de Ducamp, celle qu'il voulut d'abord mettre à exécution. Mais l'instrument fait, il pensa que son introduction était rendue dangereuse par la saillie que faisait le petit demi-cylindre qui devait emboîter la cuvette. Il craignit de pratiquer de fausses routes, et renonça à son emploi. Il en fit faire un autre plus simple et en même temps beaucoup moins imparfait, puisqu'il fut celui qu'il employa pendant le cours des traitemens qu'il entreprit, qu'il présenta à l'Académie, et qu'il fit graver dans la première édition de son ouvrage.

Celui-ci consistait dans une sonde de gomme élastique n.° 8, de huit pouces de longueur, très-flexible, avec une douille de platine de six lignes, à l'extrémité destinée à entrer dans l'urètre, laquelle douille percée laissait passer la cuvette qui était attachée à un mandrin d'argent ou de gomme. Afin que la cuvette qui, pendant l'introduction de l'instrument, est cachée dans la sonde, ne sorte pas avant que l'ouverture de la douille ne soit en rapport avec l'ouverture du rétrécissement, Ducamp avait fait pratiquer deux petites éminences sur les côtés du mandrin, destinées à empêcher ce mandrin de descendre. Un demi-tour qu'on imprimait à ce dernier, changeait le rapport des points d'arrêt qui, ne rencontrant plus d'obstacle, laissait sortir la cuvette de la sonde par le trou pratiqué à la douille.

Cet instrument a, sur celui que j'ai indiqué plus haut, l'avantage de pouvoir être introduit sans pratiquer de fausse route, et sans léser en aucune autre manière le canal de l'urètre ; mais il a plusieurs inconvéniens : 1.° avant et pendant l'introduction, le mandrin non fixé se dérange ; tantôt il sort de la sonde par le côté qui n'entre pas dans l'urètre, tantôt il tourne, ne se trouve plus arrêté, et la cuvette sort avant qu'on ne le veuille. 2.° On ne peut changer la cuvette à volonté, en mettre une plus longue, une plus courte, une plus évasée, ou, ce qui est le plus souvent nécessaire, une autre chargée de caustique, pour remplacer celle dont on vient de se servir. 3.° La douille est trop longue, et rend l'introduction du porte-caustique douloureuse, sur-tout lorsqu'on veut le faire passer sous l'arcade du pubis pour aller cautériser un point rétréci assez profond. 4.° On ne peut imprimer à la cuvette un mouvement circulaire, ce qui est nécessaire lorsqu'on veut promener le caustique sur un rétrécissement existant sur tout le contour de l'intérieur de l'urètre. 5.° On ne peut changer l'extrémité de la sonde

qui est unie, pour une autre à éminence latérale, afin de pouvoir porter la cuvette dans un rétrécissement également latéral. 6.° On n'est pas bien sûr, lorsqu'on veut introduire la cuvette dans le rétrécissement, si elle n'entre pas, parce qu'elle est arrêtée par les points d'arrêt, ou bien parce qu'elle accroche les parties qui forment le rétrécissement.

Il paraît que Ducamp avait senti les inconvéniens attachés à cet instrument, et principalement on voit qu'il a voulu éviter que le mandrin ne sortît par le bout extérieur de la sonde; inconvénient qui entraîne plutôt un désagrément, en ce qu'il fait taxer l'opérateur de maladresse, qu'il ne présente un danger véritable. Aussi dans la deuxième édition de son ouvrage, édition posthume, donne-t-il un nouveau modèle de porte-caustique, mais malheureusement ce nouveau modèle, tout en remédiant à l'inconvénient que Ducamp paraît avoir eu en vue, en présente beaucoup d'autres qu'il est important de faire connaître.

Cet instrument consiste en une canule de gomme élastique de huit pouces, ayant, à l'extrémité destinée à entrer dans l'urètre, une douille de platine de dix lignes de longueur, goupillée sur la gomme; cette douille présentant, à l'extrémité qui n'est pas attachée à la gomme, un pas de vis de deux lignes et demie de longueur, sur lequel s'adapte une petite capsule arrondie qui alonge la douille d'une ligne environ, de manière que le tout a onze lignes. La sonde, la douille et la capsule, extérieurement au même niveau dans toute leur longueur, sont percées dans le même sens et à leur centre, pour laisser passer le mandrin qui porte la cuvette, et dont la disposition est tout-à-fait la même que dans le porte-caustique de la première édition.

Pour faire usage de cet instrument, il faut, après avoir rempli de nitrate d'argent la cuvette qui est fixée sur le mandrin, introduire l'extrémité de ce mandrin opposée au

caustique, par l'ouverture de la douille dont on a préliminairement dévissé la capsule, qu'on remet lorsque la cuvette est cachée dans la douille. Les points d'arrêt qui font saillie sur les côtés de la cuvette, empêchent cette cuvette de remonter dans la sonde, et en maintiennent l'extrémité en rapport avec l'ouverture de la capsule, de manière que, lors de l'introduction, le mucus ne puisse entrer dans l'intérieur de la douille et mouiller le caustique. En poussant l'extrémité supérieure du mandrin, on fait sortir la cuvette, mais de quelques lignes seulement, attendu que les arêtes l'empêchent de trop descendre, comme elles l'empêchaient de trop monter. Quand on veut introduire cet instrument, on sait bien que l'inconvénient dont j'ai parlé plus haut, de laisser couler le mandrin par le pavillon de la sonde, ne peut exister; mais on sent aussi qu'il peut se faire que la cuvette sorte prématurément de la douille, quoiqu'il y ait, comme dans le porte-caustique de la première édition, un quart de cercle à imprimer au mandrin pour le faire saillir.

Voilà quel est le dernier porte-caustique de Ducamp : nous avons dit que s'il n'avait pas un léger défaut que présentait le premier, il offrait des inconvéniens qui étaient d'une trop grande importance pour que l'ingénieux auteur du *Traitement modifié* se soit abusé au point de le donner comme plus parfait que celui de sa première édition. Sans doute, pressé par le temps, il a donné cet instrument au public comme un simple fruit de ses combinaisons, dont l'utilité et la perfection n'avaient été sanctionnées par l'expérience. On sera, je crois, du même avis, lorsqu'on aura examiné tous les défauts qu'il présente.

1.° Comme il est nécessaire de maintenir le mandrin en position pour qu'il ne fasse pas le demi-tour, et que, par conséquent, la cuvette ne sorte pas prématurément, on voit que l'introduction est rendue plus difficile par cela

même, puisqu'on ne peut donner à la sonde ces légers mouvemens de vrille qui en favorisent l'entrée. 2.° La douille, qui était déjà trop longue dans le premier porte caustique, puisqu'elle était de six lignes, sera encore dans des proportions bien moins convenables si elle est augmentée de quatre lignes. On sent bien qu'un corps inflexible de onze lignes de longueur, et qui ne sera conduit que par une sonde molle de gomme élastique, doit être plus difficilement mis en rapport avec un rétrécissement situé à la courbure de l'urètre que si cette douille n'avait, par exemple, que quatre ou cinq lignes, comme on les fait maintenant. 3.° On ne peut, ainsi que dans le premier, changer de cuvette, ce qui ne laisse pas d'être un grand désavantage, lorsqu'après avoir détruit une partie du rétrécissement, on veut parvenir à détruire une autre partie située plus profondément. 4.° Il faut, quand on veut faire tourner la cuvette dans le point rétréci, pour mettre le caustique en rapport avec toutes les parties d'un rétrécissement circulaire, imprimer un mouvement au corps de la sonde, ce qui, dans un canal souvent très-douloureux, augmente la douleur au point que le malade arrête la main de l'opérateur. Cet inconvénient, déjà très-grand lorsque le rétrécissement est tout-à-fait situé au milieu du canal, est bien plus grand encore, lorsque placé un peu latéralement, il nécessite l'emploi de la capsule à éminence latérale; alors comment imprimer un mouvement circulaire à la sonde? l'éminence ne doit-elle pas nécessairement l'empêcher? 5.° Enfin cette capsule qu'on ajoute à la douille, ne peut-elle pas se séparer de cette douille, rester dans l'urètre et finir par tomber dans la vessie? accident très-grave, qui, s'il faut en croire quelques personnes, est déja arrivé. Quoique la chute de cette capsule ne soit pas une conséquence nécessaire de la disposition de l'instrument, puisque, bien employé, cela n'arriverait pas; du moins est-il vrai qu'une inadvertence

légère pourrait le produire, sans doute, je l'avoue, dans des circonstances qui se présenteront rarement, mais qui peuvent se présenter. Lorsqu'on introduit la sonde, et que voulant lui imprimer un ou plusieurs mouvemens circulaires, ne se peut-il pas faire que ces mouvemens circulaires imprimés plusieurs fois à contre-sens, ne fassent que la capsule ne se sépare, d'autant plus que du platine vissé sur du platine tient peu, parce qu'il s'use vite. Certes je comprends bien que le rétrécissement empêchera cette capsule de pénétrer dans la vessie; oui, s'il est assez considérable, et qu'on n'enfonce pas le corps étranger en voulant le retirer. Et puis, quel fâcheux effet ne fera pas sur l'esprit d'un malade un pareil accident!.....

Tels sont les moyens que Ducamp a employés ou voulait employer pour porter le caustique sur les rétrécissemens de l'urètre. J'ai dit les défauts que j'y aperçois; je n'ai pas parlé des avantages, puisque ces avantages se trouvent dans le procédé lui-même, dont l'expression est renfermée dans ce peu de mots: *cautériser de dedans en dehors et d'avant en arrière*. Voilà l'idée première: si Ducamp était parvenu à la remplir avec la même perfection qu'il l'a émise, nous n'aurions rien à innover dans l'intérêt de son invention.

Les principaux changemens qui ont été faits jusqu'à présent sont dus à un habile fabricant, M. Greiling. Continuellement entretenu par les chirurgiens qui emploient le nouveau procédé contre les rétrécissemens de l'urètre, des désavantages que présente cet instrument, M. Greiling entreprit de le corriger, et y parvint de cette manière. Il prit une sonde de huit pouces, n.° 8; à une des extrémités, il y goupilla une vis qui entre dans l'intérieur de la sonde de deux lignes et demie, et qui en sort d'autant. Il adapta sur ces pas de vis qui sont très-fins, une capsule dont le fond est percé par une ouverture circulaire d'une largeur égale à la cuvette. A l'autre extrémité

de la sonde, il mit un pavillon dont les bords assez saillans peuvent être aisément retenus entre deux doigts. A travers les parois du tube de ce pavillon, il pratiqua un trou qui présente un pas de vis destiné à recevoir une vis de pression largement ailée; telle est la première partie. La seconde consiste en une tige de gomme, d'une ligne de diamètre, à l'extrémité inférieure de laquelle se trouve un petit cylindre de platine, goupillé d'un côté sur la tige, et présentant un pas de vis fin d'une ligne de long, sur lequel s'adapte la cuvette qui, tout près du pas de vis, est cernée par une arrête circulaire destinée à empêcher cette cuvette de sortir tout-à-fait par le trou de la capsule qui est au bout de la sonde. A l'autre extrémité de la tige de gomme est une tige d'argent, carrée, large d'une ligne et demie, longue de deux pouces, surmontée d'un anneau qui laisse facilement entrer l'extrémité du pouce.

Quand on veut se servir de cet instrument, on charge d'abord la cuvette, on l'introduit au moyen de la tige dans la sonde, on fait en sorte que son extrémité bouche le trou de la douille sans la dépasser, et en tournant la vis de pression du pavillon, on comprime la tige carrée, de manière à empêcher la cuvette de monter ou de descendre. Cela fait, le porte-caustique est en état d'être introduit; on porte l'extrémité de la douille sur le rétrécissement, on desserre la vis de pression, et on cherche à faire pénétrer la cuvette. On voit d'abord que cet instrument est d'une grande facilité d'exécution, ce qui est un grand point; outre cela, il présente les avantages suivans: 1.° la tige est sûrement maintenue dans la sonde au moyen de la vis de pression, de manière qu'on a autant de facilité à faire pénétrer l'instrument dans l'urètre, que lorsqu'on se sert d'une sonde ordinaire. 2.° La douille de la sonde n'a que cinq lignes de longueur, et en cela est bien préférable à celle du porte-caustique de la seconde édition qui présente onze lignes. 3.° Il est impossible que la cap-

sule quitte la sonde et reste dans l'urètre, parce que, outre qu'elle est vissée à petits pas sur une longueur de deux lignes et demie, elle pince en même temps un peu du tissu de la sonde, de manière qu'elle ne peut se desserrer. Du reste, on n'a pas besoin, comme pour l'instrument de la deuxième édition, de faire tourner la totalité du porte-caustique pour cautériser circulairement. 4.° On peut adapter, sans aucune difficulté, la capsule à éminence latérale. 5.° On peut changer à volonté de cuvette, ce qui est nécessaire dans plusieurs cas, notamment quand on veut que sa capacité ou sa longueur soient différentes, ou qu'on doit se servir de son porte-caustique itérativement sur le même malade, ou sur plusieurs les uns après les autres. 6.° On peut, avec la plus grande facilité, tourner la cuvette en tous sens, sans pour cela être obligé de tourner aussi la sonde. 7.° La marche de la tige dans l'intérieur de la sonde n'est nullement entravée comme par les points d'arrêt des instrumens imaginés par Ducamp, de manière que, lorsque la tige éprouve de la résistance, on est sûr que cette résistance est due seulement au rétrécissement, et il est important de n'avoir pas de doutes là-dessus. 8.° Comme, lorsque l'instrument est disposé pour être introduit, la tige carrée qui tient à l'anneau sort de la sonde d'une longueur tout-à-fait égale à celle de la cuvette, on voit, par la diminution de la longueur de cette tige, si la cuvette entre dans le point rétréci, et de combien elle pénètre. Enfin, 9.° le pavillon ajouté à la sonde et l'anneau qui est à l'extrémité de la tige rendent la manœuvre bien plus facile, et par conséquent font que le chirurgien a un air moins gêné, ce qui ne laisse pas que d'augmenter la confiance des malades.

Telle est la manière dont M. Greiling est parvenu à modifier le porte-caustique de Ducamp; on ne peut disconvenir qu'il n'ait fait disparaître une foule d'inconvéniens que présentaient les instrumens de l'inventeur, dont

aujourd'hui l'intention se trouve parfaitement remplie.

Cependant le porte-caustique de M. Greiling présente encore un léger désavantage auquel j'ai essayé de remédier. Ce désavantage tient à ce qu'il est quelquefois nécessaire de lâcher l'instrument pour desserrer la vis de pression. Or, on sent que lorsque l'extrémité de la douille est en rapport avec l'endroit rétréci, il est important qu'elle reste maintenue dans un point fixe par la main qui, placée sous le périné, ou maintenant la verge en position, ne doit pas se déranger. Sans doute, on peut dévisser de la main qui tient le pavillon; mais si cette main lâche l'instrument, il faut que l'autre le maintienne, et pour cela on la dérange. J'ai pensé que si on pouvait parvenir à faire toute la manœuvre sans que la main qui maintient la verge soit obligée de porter du secours à celle qui tient le pavillon *et vice versa*, on aurait un avantage de plus. Pour y parvenir, j'ai fait faire un porte-caustique tout-à-fait analogue à celui de M. Greiling pour ce qui concerne la partie inférieure: seulement la tige est maintenue dans la sonde au moyen d'un petit ressort en spirale qui, dans l'état ordinaire, laisse l'extrémité de la cuvette en rapport avec le trou de la douille, mais qui, lorsqu'on presse dessus, se raccourcit et permet ainsi à la cuvette de sortir. Cette modification présente des avantages, mais elle a l'inconvénient de faire sentir au doigt qui pousse la tige une résistance qui est produite par le ressort, et non par le point rétréci; et je regarde cela comme un si grand inconvénient dans une opération dont la réussite tient spécialement à la délicatesse et à la légèreté des mouvemens, que j'ai pensé devoir y renoncer, du moins dans la généralité des cas, et spécialement lorsqu'il s'agit de porter le caustique la première fois dans un rétrécissement qui présente une ouverture très-étroite. J'ai fait faire un autre instrument à-peu-près semblable au porte-caustique de M. Greiling, seulement il en diffère

quant aux moyens employés pour maintenir la tige. A la place de la vis de pression, j'ai fait mettre sur le tube du pavillon un petit ressort à bascule, assez dur pour pouvoir comprimer un peu fortement. L'extrémité sur laquelle on doit presser est tournée du côté de la cuvette, et l'autre extrémité est coudée et présente un petit bec qui entre dans un trou carré dont est percé le pavillon du porte-caustique. Ce bec, lorsqu'on laisse le ressort abandonné à son élasticité, presse sur la tige carrée qui est la continuation du mandrin. Cette tige carrée présente une série de petits crans sur un seul de ses côtés, et c'est dans un de ces crans que vient s'engager le bec du petit ressort, de manière que la tige est fixée convenablement pendant l'introduction de l'instrument. Mais comme il n'est nécessaire que cette tige soit maintenue de cette manière que pendant le temps de l'introduction, il importe que le ressort, durant le reste de l'opération, ne presse plus sur la tige, de manière à laisser à cette tige toute la liberté possible. Je suis parvenu à ce but, en laissant à la charnière de la bascule un peu de jeu, de sorte que ses deux extrémités puissent jouer latéralement. Ce ressort est placé pour qu'aussitôt que, par une pression, on fait sortir le bec du trou pratiqué au pavillon du porte-caustique, ce bec ne puisse plus y rentrer, attendu que le ressort pousse l'autre extrémité de la bascule de côté, et fait obéir le bec dans le sens opposé, de manière que celui-ci ne correspondant plus au trou, s'appuye à côté, sur le pavillon lui-même. Ce mécanisme est tellement simple, que je ne pense pas devoir insister davantage pour le faire comprendre.

Lorsqu'on veut employer le porte-caustique ainsi modifié, on charge la cuvette de nitrate d'argent, non comme le recommande Ducamp, en dirigeant dessus la flamme d'un chalumeau, ce qui le fait boursoufler, mais en le faisant fondre à la simple flamme d'une bougie, et

petit morceau par petit morceau. Comme cela, on emplit la cuvette d'un culot de nitrate bien compacte et bien disposé pour atteindre le but qu'on désire. On introduit ensuite sa tige dans l'intérieur du porte-caustique, et on la maintient à la hauteur que l'on veut, en fesant entrer le bec de la bascule par le trou du pavillon. Après avoir introduit le porte-caustique dans l'urètre, on n'a qu'à presser sur le manche de la bascule, et la tige se trouve tout-à-fait libre et à la disposition de la main de l'opérateur.

Tel est le changement que j'ai cru utile d'apporter au porte-caustique de Ducamp, modifié par M. Greiling; je pense qu'ainsi disposé, cet instrument est d'une manœuvre extrêmement facile, et par conséquent empêche le chirurgien de prendre des attitudes gênées, que nécessitent ceux qui ont été fabriqués jusqu'à présent.

L'auteur du *Traitement modifié* n'indique dans son ouvrage qu'une grosseur pour son porte-caustique, c'est celle des sondes n.° 8; cependant la pratique a fait voir qu'il fallait que ces instrumens fussent de dimensions différentes, afin de remplir certaines indications dont je ne dois pas parler ici. Aussi M. Greiling en fabrique avec les sondes des n.ºs 4, 6, 8 et 10. La sonde n.° 8 seule est disposée de manière à pouvoir y adapter l'éminence latérale, et présente à cet effet une douille faite de deux pièces, dont l'une se visse sur l'autre. Cependant je dois faire remarquer ici qu'on finira par la faire faire toute d'une seule pièce, et qu'on supprimera l'éminence latérale comme je l'ai fait, attendu que cette pièce est d'une utilité purement illusoire, malgré l'opinion de l'inventeur, qui cherche à en faire sentir les avantages. Faite dans l'intention de pouvoir introduire la cuvette dans un rétrécissement latéral, je puis démontrer facilement qu'elle ne fait pas atteindre ce but, et qu'alors elle est inutile si elle n'est pas nuisible. En effet, voulant porter

le caustique dans un rétrécissement latéral, il faut, pour que l'éminence puisse faire correspondre le trou par où sort la cuvette à ce rétrécissement, qu'elle repose sur la paroi diamétralement opposée au canal; or ce canal a, d'après les expériences de M. Everard Home, de quatre à sept lignes de diamètre, et l'éminence n'en a au plus que trois, y compris l'épaisseur de la douille. On voit donc qu'il s'en faut d'une ligne dans la portion la plus étroite de l'urètre, et quatre dans la portion la plus large, que l'éminence ne fasse atteindre le point rétréci. Mais, dira-t-on, quand un point de l'urètre est rétréci, le canal diminue peu à peu de diamètre jusqu'au point le plus étroit; et alors si le canal est moins large que dans l'état naturel, il peut se faire que l'éminence soit nécessaire. Eh bien! je la dis nuisible dans ce cas, au lieu qu'elle n'est qu'inutile quand le rétrécissement a lieu sans gradation. Effectivement, il n'importe pas de cautériser la partie du canal qui fait l'infundibulum jusqu'au point rétréci: c'est ce point rétréci qu'il faut élargir; et si la douille est trop large, on ne pourra parvenir à introduire la cuvette dans son intérieur. Aussi dans ce cas est-on obligé de se servir d'un porte-caustique d'un petit diamètre, tel que ceux des n.os 4 et 6, qui, pouvant être introduits dans l'infundibulum jusqu'à l'endroit du plus grand rétrécissement, permet de mettre le dernier en rapport avec l'extrémité de la douille, disposition qu'il faut nécessairement remplir, puisqu'elle est la base du procédé opératoire en question.

Le diamètre de la sonde ayant dû être augmenté ou diminué, les cuvettes ont dû nécessairement éprouver des modifications analogues, afin que chaque porte-caustique soit muni d'une cuvette d'une grosseur proportionnée à son diamètre. Ainsi, celle du porte-caustique n.° 4 porte demi-ligne de diamètre, celle du n.° 6 trois quarts de lignes, celle du n.° 8 une ligne, enfin celle du n.° 10 une ligne et demie; outre cela, ces cuvettes sont de différentes longueurs: elles ont depuis une ligne jusqu'à six.

Notice sur l'emploi de la belladone, contre la scarlatine;
par Ernest Martini.

Suivant une doctrine professée depuis près de vingt ans par le docteur Hahnemann à Leipsick, le grand secret de l'art de guérir consiste à combattre les maladies, et particulièrement les maladies aiguës, par des remèdes capables de les engendrer, ou, en d'autres termes, à traiter la maladie dont on veut opérer la guérison, par un médicament dont l'effet imite les symptômes essentiels de la même maladie; alors ces deux effets opposés sont neutralisés l'un par l'autre. Cette doctrine, qui est fondée en grande partie sur le résultat de l'inoculation, ainsi que sur divers autres phénomènes analogues, et à laquelle M. Hahnemann a donné le nom d'*homœopathie*, est remarquable en ce qu'elle a conduit son auteur à une application fort heureuse, celle de découvrir dans la belladone un antidote contre l'effet de la contagion de la scarlatine, maladie dont les symptômes caractéristiques ressemblent tout-à-fait aux effets vénéneux de la belladone prise à très-petite dose. Une découverte aussi importante ne pouvait manquer d'attirer l'attention des médecins allemands, qui, depuis l'an 1807, époque à laquelle elle fut connue, ont eu l'occasion de constater, de la manière la plus satisfaisante, que la belladone, administrée à certaine dose et sous certaines formes indiquées plus bas, jouit de la propriété de préserver de la contagion de scarlatine, tellement, que le contact le plus intime avec les sujets atteints de cette maladie, demeure absolument sans danger pour tous ceux qui ont usé du préservatif à temps, et que, lors même que ce remède a été employé trop tard pour empêcher l'effet de la contagion, il modère du moins singu-

lièrement la malignité de la maladie. Toutefois, quelque ingénieuse que l'on trouvât la découverte d'Hahnemann, la petitesse extrême de la dose à laquelle ce médecin conseillait d'administrer la belladone, fit que l'on considérait cette découverte comme une pure hypothèse qui, pendant les dix premières années, n'eut presqu'aucun partisan. Ce ne fut qu'en 1818, lorsque plusieurs praticiens eurent perfectionné le procédé d'Hahnemann, que l'on songea à s'assurer, par des expériences précises et suivies, que, de même que l'effet de la vaccine nous garantit de la contagion variolique, de même celui de la belladone nous préserve de l'éruption scarlatine.

Pour mettre l'utilité de ce moyen prophylactique dans tout son jour, nous allons rapporter quelques séries d'observations faites à cet égard par plusieurs praticiens du nord de l'Europe, où la scarlatine exerce de plus grands et plus fréquens ravages que dans les pays méridionaux. Nous aurons soin de reproduire ces observations textuellement et dans le même ordre chronologique dans lequel elles ont été publiées, en faisant connaître les écrits desquels nous les avons extraites. Les premières expériences faites d'une manière suivie, sur la vertu prophylactique de la belladone contre la contagion scarlatine, sont celles du docteur Berndt à Custrin (1), qui, durant les épidémies dont cette ville fut le théâtre en 1818 et 1819, a eu recours à la belladone, et qui s'exprime à ce sujet de la manière suivante : « Ce ne fut qu'en 1818, lorsque, familiarisé avec la nature de la fièvre scarlatine par une longue suite d'observations, je m'étais formé une opinion sur le mode de développement de cette maladie, que je conçus l'idée de la possibilité de préserver de ce fléau. Partant de l'idée que cette maladie affecte d'abord le système nerveux, je pensai que, pour

(1) *Journal d'Hufeland*, cahier d'août 1820.

empêcher l'effet de la contagion, il suffirait de trouver un moyen qui, par une excitation spécifique produite sur ce système, détruisît ou du moins affaiblît la susceptibilité pour la contagion. La belladone, recommandée par Hahnemann, et employée dans cette vue par quelques praticiens, me paraissait tellement propre à remplir cette indication, que je résolus de vérifier la vertu prophylactique de cette plante, et notamment celle de l'extrait récemment fait. Pour obtenir des résultats certains, j'employai ce remède d'abord sur des individus soumis à l'influence directe de la contagion, et particulièrement sur des enfans au-dessous de quinze ans, qui, en vertu de leur âge, sont les plus sujets à contracter la fièvre scarlatine, et qui d'ailleurs, par leur contact permanent avec de tels malades, étaient les plus menacés de l'effet de la contagion. »

« La dose de belladone, indiquée par Hahnemann, me parut trop faible pour produire l'effet désiré; c'est pourquoi j'ai cru devoir la modifier d'après l'âge et la constitution du sujet, ce qui me détermina à débuter par la formule suivante : ♃ *Extr. belladonæ rec. parat.*, gr. ij; *aquæ cinnamomi vinosæ unc.* j. Je fis administrer aux enfans âgés d'un an et au-dessous, dans les premiers jours, deux à trois gouttes de cette solution matin et soir; aux enfans de deux ans, trois à quatre gouttes, et ainsi de suite. Cette dose, augmentée d'autant de gouttes que l'enfant avait d'années de plus, fut portée jusqu'à douze gouttes, ce qui était le *maximum*, soit pour les enfans âgés de douze ans, soit pour les individus qui étaient au-dessus de cet âge. Après avoir employé ce traitement pendant un mois et plus, suivant la durée de l'épidémie, j'eus la satisfaction de voir que sur 195 enfans exposés journellement à la contagion, et auxquels j'avais fait administrer l'extrait de belladone, il n'y en eut que quatorze qui, nonobstant l'emploi du préservatif, furent at-

teints de la scarlatine; au lieu que les autres 181 en demeurèrent entièrement exempts. Cependant je dois dire aussi que le petit nombre d'individus qui, malgré l'usage de la belladone, furent attaqués de la contagion, présentèrent des symptômes beaucoup moins graves que ceux qu'offre d'ordinaire la fièvre scarlatine. Les mêmes expériences, faites avec une solution de trois grains d'extrait de belladone, sur un très-grand nombre de sujets soumis à l'influence de la contagion, eurent pour effet que tous furent préservés de la maladie. » Enfin, l'auteur termine son Mémoire par la remarque que, quelle que soit la manière dont la belladone agit en pareil cas, il demeure néanmoins constant qu'elle affecte comme les miasmes contagieux de la fièvre scarlatine, sur-tout et spécifiquement, la gorge et la peau, ce qui lui semble plus que suffisant pour prouver que le principe homæopathique de la théorie d'Hahnemann n'est point une pure hypothèse, quoiqu'il ne puisse être admis comme principe fondamental en médecine.

Une seconde série d'observations faites sur l'emploi de la belladone contre la fièvre scarlatine, a été tentée par le docteur Muhrbeck à Demmin, dans la Poméranie occidentale (1), lequel s'exprime, dans son Mémoire publié sur cet objet, ainsi qu'il suit : « C'est depuis sept ans que j'emploie la belladone comme préservatif contre la contagion scarlatine, et toujours avec un égal succès. Pour cet effet, je me sers de l'extrait de cette plante, retiré du suc frais qui, suivant Hahnemann, doit être évaporé dans un vase de verre que l'on expose à la douce chaleur du soleil, ou du bain-marie. Cependant je dois avouer que la racine réduite en poudre remplit le même but. Formule pour l'emploi de l'extrait : *Extract. belladonæ*, gr. ij; *aquæ unc.* j. Je fais admi-

(1) *Journal d'Hufeland*, cahier de février 1821.

nistrer aux enfans de l'âge d'un à dix ans, quatre fois par jour, une à cinq gouttes de cette solution, et aux enfans au-dessus de dix ans, ainsi qu'aux adultes, six à dix gouttes, également quatre fois par jour. Formule pour l'emploi de la racine de belladone : ♃ *Pulv. rad. belladonæ.*, gr. ij ; *sacchari albi drach.* ij, *m. et div. in* 60 *part. æqual;* prendre dans la même proportion de l'âge et depuis une jusqu'à cinq doses chaque fois, que l'on répète quatre fois par jour. Toutes les fois que la fièvre scarlatine avait fait son invasion dans quelque maison, soit sporadiquement, soit à la suite d'une épidémie, je faisais prendre à tous les individus menacés d'infection, le préservatif dont il s'agit ; en ayant soin de faire continuer ce traitement prophylactique jusqu'à la desquammation entière des malades attaqués de la maladie. J'ai eu recours au même préservatif dans les maisons où cette maladie ne régnait point encore, et je puis assurer que tous ceux qui, dans l'espace de sept ans, furent soumis à l'usage de la belladone, ont été préservés de la contagion. Quant à la question de savoir comment la belladone agit en pareil cas, on ne peut rien préciser à cet égard, si ce n'est qu'elle détruit la susceptibilité nécessaire pour contracter la scarlatine, absolument de la même manière dont la vaccine éteint le virus variolique, avec cette modification cependant que l'extinction produite par la vaccine est permanente, au lieu que celle qu'opère la belladone n'est vraisemblablement que passagère. »

Une troisième série d'observations non moins concluantes que celles que nous venons d'indiquer, a été publiée sur cet objet par le docteur Dusterberg à Warbourg (1), et voici ce que dit ce praticien : « Durant trois épidémies consécutives, j'ai employé la bella-

(1) *Journal d'Hufeland*, cahier d'octobre 1822.

donc avec un succès tel, que je regarde ce remède comme aussi efficace que la vaccine. En effet, lorsqu'en 1820 la fièvre scarlatine régnait à Warbourg et dans les environs, je me décidai à vérifier les expériences connues jusqu'alors sur la vertu prophylactique de la belladone. Pour cet effet, je fis prendre aux enfans confiés à mes soins, dix, quinze ou vingt gouttes, suivant l'âge, d'une solution faite avec trois grains d'extrait de belladonne et trois gros d'eau de cannelle. Cette solution, ainsi administrée deux fois par jour et pendant plus d'une semaine, eut pour effet que tous les enfans ayant fait usage du remède furent préservés de la contagion, malgré leur contact intime avec les individus atteints de la scarlatine. Pour mieux reconnaître l'effet du préservatif, et en écarter celui du hasard, j'ai choisi dans chaque famille un enfant que j'exceptai de ce mode de traitement. Or, tous ceux auxquels l'usage de la belladone était demeuré interdit, furent atteints de la contagion. A la vérité, plusieurs individus qui n'avaient usé du préservatif que pendant quatre ou cinq jours, contractèrent également la scarlatine, mais chez tous, la maladie offrit des symptômes si peu alarmans, que ce ne fut guères qu'au commencement de la desquammation que l'on reconnut l'effet de la contagion. Or, chez la plupart des individus soumis à ce traitement prophylactique, il se manifesta, au bout de quelques jours, une éruption générale semblable à celle de la rougeole, et tous ceux chez lesquels une telle éruption avait été observée, demeurèrent exempts de la contagion. »

Une quatrième série d'expériences de ce genre a été faite par le docteur Behr à Bernbourg (1), durant l'épidémie qui régna en cette ville en 1820. Voici en quels termes cet auteur rend compte des résultats de

(1) *Journal d'Hufeland*, cahier d'août 1823.

ses expériences. « Ce fut au mois de septembre 1820, que la fièvre scarlatine commença à se manifester dans la ville de Bernbourg. Cette maladie, quoique peu énergique à son début, prit bientôt le caractère d'une épidémie meurtrière, et frappa un grand nombre de victimes, dont les unes succombèrent à une encéphalite ou à l'hydrocéphale aiguë, les autres à une angine membraneuse ou à quelqu'autre inflammation intense. Ces complications funestes, dont les progrès ne pouvaient être arrêtés ni par le traitement antiphlogistique, ni par l'emploi des diaphorétiques, me déterminèrent à recourir à la belladone, que j'administrai suivant la méthode du docteur Berndt. Ce traitement fut suivi d'un succès tel, que sur quarante-sept individus, tant enfans qu'adultes, six seulement furent attaqués de la contagion. Cependant je ne dois point taire que chez tous les six, la maladie fut d'une nature tellement bénigne, qu'aucun n'y succomba. » Ce mémoire est suivi de trois autres mémoires semblables, dont le premier a pour auteur le docteur Benedix, de l'île de Rugen; le second a été rédigé par le docteur Wesener de Dulmen, dans la Westphalie; et le troisième, par le docteur Zeuch en Tyrol. Le quatrième mémoire publié dans ces derniers temps sur l'effet de la belladone contre la fièvre scarlatine, est celui du docteur Méglin de Colmar (1). Ce praticien distingué a vu régner l'épidémie scarlatine dans sa résidence, pendant les années 1820 et 1821. Assez souvent, dit-il, cette maladie a pris un caractère grave et a fait un grand nombre de victimes. Mais, tous les sujets sans exception à qui on a pu faire prendre la belladone avant l'invasion de la maladie, en ont été préservés. Pour obtenir ces heureux effets, M. Méglin a administré tantôt la racine de belladone en poudre avec du sucre, tantôt l'extrait, suivant la méthode du docteur Berndt.

(1) *Nouveau Journal de Médecine*, cahier de novembre 1821.

Telles sont les nombreuses expériences que nous avons cru devoir rapprocher pour appeler l'attention des praticiens français sur un remède prophylactique dont l'efficacité est démontrée par une multitude de preuves irréfragables, et qui nous fait espérer que la petite-vérole ne demeurera pas la seule maladie contagieuse dont nous serons parvenus à nous préserver par un procédé qui, perfectionné par des recherches ultérieures, sera inscrit dans les fastes de l'humanité, comme une des découvertes les plus belles et les plus utiles.

Note touchant un très-grand nombre de pièces osseuses *développés dans le tissu du poumon, et paraissant pouvoir constituer ainsi l'espèce de phthisie qu'on nommerait* osseuse. (*Communiquée par M.* Rullier, *médecin de l'hospice de Bicêtre.*)

Marie Gilbert, âgée de 67 ans, domiciliée à Paris, était d'une petite stature, mais constituée fortement; son tempérament paraissait avoir été bilieux et nerveux. Son caractère était vif et emporté. Cette femme avait toujours joui d'une très-bonne santé, quoique sa vie eût été très-laborieuse, et qu'elle fût devenue mère de dix enfans, dont neuf moururent à une époque très-voisine de leur naissance. Elle se cassa un bras à l'âge de trente ans; ses règles qui coulaient alors furent supprimées, et depuis cette époque elles avaient entièrement cessé de se montrer, sans qu'il en fût résulté aucun accident fâcheux.

Trois mois avant son entrée à l'hôpital clinique de la Charité, Marie Gilbert s'était exposée à l'air froid après avoir eu très-chaud, et avait contracté un rhume très-fort; la toux se prolongea, et après deux mois et demi environ, la malade prit un remède regardé comme sou-

verain par les bonnes femmes de son quartier, et qui ne devait amener la guérison qu'après avoir produit un crachechement de sang. Ce prétendu spécifique était mou, grumeleux, jaune, très-amer, et ressemblait, par son aspect et son odeur, à de la farine de graine de moutarde délayée dans du vinaigre. Il fut partagé en plusieurs doses, pour être administrées de deux jours en deux jours. Le 7.me jour, après la troisième dose, la malade fut prise d'une salivation abondante. Le lendemain, cette salivation augmenta, et de plus elle fut accompagnée d'une hémoptysie qui se renouvella à plusieurs reprises avec une telle abondance, que les jours de la malade en parurent menacés. On évalua à près de deux pintes le sang qui fut rendu en une seule fois. Ce fluide était en grande partie coagulé, et rassemblé en masses oblongues dont le grand diamètre avait un pouce et demi ou deux pouces d'étendue. Cette femme fut portée le lendemain à l'hôpital de la Clinique interne (21 avril 1815) ; voici quel était son état :

La toux, assez fréquente, donnait lieu à l'expectoration d'un sang liquide et de caillots d'un rouge vermeil, sans mélange de mucosités ; douleur générale dans la poitrine ; respiration médiocrement gênée. La malade se tenait couchée sur le dos, mais elle était obligée de s'incliner vers le côté droit. Son un peu mat obtenu par la percussion de ce même côté, et contrastant avec le son très-clair que donne le côté gauche. Pouls élevé, dur et fréquent ; chaleur forte et sèche de la peau, soif vive, légère céphalalgie ; conservation de l'appétit, quoique la langue soit couverte d'un enduit blanchâtre, et qu'il y ait amertume de la bouche. (*Diète, pédiluves irritans, délayans mucilagineux, et délayans unis à quelques astringens.*) Il survint en peu de jours un amendement très-marqué qui fit penser que l'hémoptysie pouvait n'être qu'un simple accident produit par le remède irritant dont la malade avait fait usage. Le sang expectoré diminua successivement de quantité, et

finit par disparaître : il était remplacé par des crachats muqueux, entièrement blancs, seulement un peu épais et visqueux. La douleur de poitrine avait disparu, la fièvre avait cessé, l'appétit était bon, la digestion facile, et les excrétions naturelles. Les forces générales étaient en bon état, l'embonpoint peu altéré, le sommeil tranquille et prolongé ; la voix seule avait un caractère grave et rauque qu'elle conserva. Mais huit jours après cette amélioration la fièvre changea, la toux redoubla, les crachats devinrent en peu de temps plus abondans, très-épais, un peu fétides, et d'une couleur sale grisâtre ; la douleur de poitrine revint et se concentra dans la région du sternum. Il se manifesta un peu de fièvre. La malade apprend alors la mort de sa fille qui était son seul appui. Elle est profondément affectée par cette nouvelle ; l'expectoration se supprime, et Marie Gilbert meurt avec tranquillité le 9 mai au matin, après de fréquentes attaques de suffocation pendant la nuit, soixante heures au plus après sa rechute, le vingt-unième jour depuis l'époque où elle s'était alitée.

Autopsie cadavérique faite quarante-huit heures après la mort. — Le poumon gauche, libre de toute adhérence, un peu plus dense que dans l'état ordinaire, d'un rouge brun assez foncé, était rempli d'une sérosité spumeuse et sanguinolente. Son tissu était parsemé, dans toute son étendue, d'un assez grand nombre de granulations miliaires, fermes, demi-transparentes et d'aspect fibro-cartilagineux.

Le poumon droit adhérait par-tout aux parois thoraciques ; mais son union au diaphragme et à la partie inférieure de la circonférence de la poitrine, était formée par une substance celluleuse, et pouvait être détruite, tandis qu'en haut et vers la partie moyenne, cet organe, la plèvre costale et la plèvre pulmonaire étaient entièrement confondus. Il existait là une couche dense, épaisse

d'un demi-pouce environ, qui joignait le poumon aux côtés, et qui avait tous les caractères de l'induration blanche, produit ordinaire de l'inflammation chronique d'un grand nombre de tissus. La substance du poumon, dans le tiers inférieur de cet organe, avait acquis un peu de consistance; elle contenait un grand nombre de tubercules presque miliaires et déjà un peu ramollis. Il existait encore çà et là, dans la même région, des cavités tuberculeuses, d'un demi-pouce de diamètre, et remplies d'une matière grumeleuse et blanchâtre. Au milieu du lobe supérieur, était une vaste cavité, presque vide, anfractueuse et inégale, qui se continuait avec plusieurs autres cavités tuberculeuses; celles-ci, encore remplies de la matière pultacée que fournit le ramollissement des tubercules, semblaient converger vers la première, dont l'étendue rendait raison de la forme et de la grosseur des caillots de sang rendus par la malade dans les premiers jours de son hémoptysie. Plusieurs vaisseaux artériels, d'un volume remarquable, et un grand nombre de divisions bronchiques, s'y ouvraient évidemment et y présentaient une disposition que nous indiquerons plus bas. Elle était revêtue d'une légère couche sanguinolente et albumineuse. On rencontrait sur ses parois inégales et frangées, un grand nombre d'aspérités osseuses presqu'à nu; et un os très-considérable, d'une forme pyramidale triangulaire, contribuait, par une de ses faces, à former les parois supérieure et externe de la cavité. Les lobes supérieur et moyen du poumon contenaient encore un très-grand nombre de pièces osseuses qui étaient comme implantées dans le tissu pulmonaire, auquel elles étaient unies par un tissu cellulaire fin, rougeâtre et serré. Toutes présentent une identité parfaite avec les os ordinaires; elles en ont les qualités apparentes et la structure; elles varient d'ailleurs singulièrement pour leur forme et leur grandeur. Celles qui sont petites représentent des espèces

de lames applaties dont les bords un peu arrondis sont irrégulièrement découpés, et offrent plusieurs échancrures qui correspondent, soit aux vaisseaux pulmonaires, soit aux divisions bronchiques. La plus remarquable de ces pièces, qu'on pourrait comparer, sous le rapport de la forme et de la texture, à l'un des os du tarse, a plus d'un pouce et demi d'étendue, c'est celle que nous avons indiquée comme formant la paroi supérieure et externe de l'anfractuosité décrite plus haut; elle est très-irrégulière, et présente, soit des échancrures, soit de vrais trous ou conduits dans lesquels passent plusieurs divisions des bronches et de l'artère pulmonaire. C'est après avoir traversé ces conduits, que quelques vaisseaux artériels formaient plusieurs tubercules mamillaires, rougeâtres, ressemblant à des bourgeons charnus, et faisant saillie dans la cavité. Ces mamelons étaient la terminaison de ces vaisseaux. En les excisant, il était facile d'introduire un stilet dans leur cavité, et de parvenir dans les troncs les plus voisins de l'artère pulmonaire. Je pus encore poursuivre, jusqu'au foyer où elle s'ouvrait, une division de cette artère qui avait au moins la grosseur d'une plume de corbeau. Un léger caillot bouchait l'extrémité tronquée de ce vaisseau du côté de la cavité à laquelle il aboutissait; ce qui explique l'abondance de l'hémorrhagie qui a eu lieu à plusieurs reprises, et la cessation complète de cet accident après l'espèce de cicatrisation des vaisseaux qui la produisaient.

Dans la vue de déterminer quels pouvaient être ceux des élémens organiques du poumon qui étaient le siége de cette transformation osseuse, j'examinai soigneusement la trachée artère et les bronches. Je poursuivis ces dernières dans leurs subdivisions les plus petites. Je ne trouvai aucun changement dans leur consistance et leur structure ordinaire; la membrane muqueuse qui les revêt était seulement beaucoup plus rouge qu'on ne l'observe or-

dinairement. Les pièces osseuses leur étaient parfaitement étrangères et ne faisaient que leur adhérer. Je fis la même remarque relativement aux principales divisions de l'artère et des veines pulmonaires.

Il n'est pas rare de rencontrer dans le poumon des concrétions crétacées qui se présentent sous l'apparence de petits calculs blanchâtres ou grisâtres, arrondis ou angulaires, dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois et quelquefois d'une amande, durs ou friables, renfermées ou non dans un kyste fibreux ou cartilagineux. C'est ce qui constitue la phthisie calculeuse de Bayle : il n'en est pas de même des ossifications du poumon ; les auteurs en rapportent peu d'exemples bien observés. « L'ossification accidentelle du tissu pulmonaire, dit M. Laennec, n'est jamais parfaite, ou du moins je n'ai jamais vu de productions de ce genre qui présentassent la texture fibreuse et la cohérence solide de la partie moyenne des os longs, et encore moins la substance spongieuse qui remplit l'extrémité de ces os ou le centre des os courts. Il semble que dans le développement de ces ossifications accidentelles, la nature emploie une plus grande quantité de phosphate calcaire et une quantité beaucoup moindre de gélatine que dans celui des os; d'où il résulte que ces ossifications présentent plus souvent l'aspect d'une petite pierre que celui d'un os. » (*Auscult. méd.* t. I, p. 279.) Morgagni, (ép. 15, §§. 18 et 19,) dit avoir vu l'ossification des anneaux de la trachée artère dans les parties les plus profondes des poumons et dans le tronc même de ce conduit ; mais il ne rapporte pas d'exemple d'ossification développée dans le tissu pulmonaire lui-même, si l'on n'appelle pas de ce nom les concrétions crétacées qui en diffèrent et par leur structure et par les proportions de leurs élémens chimiques. L'observation recueillie par M. Rullier offre donc un grand intérêt, non-

seulement à cause des détails dont elle est accompagnée, mais encore en ce qu'elle paraît fournir l'exemple d'un fait qui se montre si rarement, si même il s'est montré jamais, du moins d'après les recueils d'anatomie pathologique. Toutefois il est à regretter que la pièce anatomique déposée dans le musée de la Société de la Faculté, à laquelle elle fut présentée, y ait été perdue, et que, dès-lors, il ait été impossible à l'auteur de soumettre à un examen plus détaillé sous le rapport de la structure intérieure et des substances qui entraient dans sa composition, le tissu qu'il a regardé comme présentant une identité parfaite avec les os ordinaires : ce qui en aurait complété la démonstration. L'étiologie de ce développement d'une matière étrangère au poumon est extrêmement obscure. Il est plus que probable qu'elle existait avant l'invasion du catarrhe qui a conduit la femme Gilbert à l'hôpital clinique. En est-il de même des tubercules dont la fonte a produit des excavations si considérables dans le poumon? Sans en être aussi certain, on peut croire qu'ils ont précédé ce même catarrhe. Malgré les assertions hardies de quelques auteurs, il n'est pas encore possible de décider dans quel rapport de cause ou d'effet sont les phlegmasiès des poumons et les dégénérescences qui se rencontrent dans ces organes. Cette question se compose de trop d'élémens inconnus pour pouvoir être bientôt résolue.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Réfutation de l'opinion officielle que MM. les Médecins de la commission française présentèrent au chef politique de Catalogne ; par Ignace Porta ; *traduit de l'espagnol par M.* Julia-Fontenelle.

Il n'est rien de plus difficile que de démontrer avec

certitude la véritable origine d'une épidémie. L'intérêt et l'égoïsme se réunissent pour cacher aux recherches des médecins observateurs les causes qui ont pu la produire. De toutes les épidémies qui se sont manifestées, à peine y en a-t-il une dont on puisse prouver la source. La consternation, l'épouvante et la confusion qu'elles produisent ordinairement toutes, lorsqu'elles commencent à se développer, ne donnant lieu qu'à la recherche des moyens propres à empêcher sa propagation, arrêtent celui qui cherche avec le plus grand soin la première origine du mal. L'invasion est la seule époque propre à la faire découvrir; passé ce temps, les foyers venant à se multiplier et à se confondre, il devient impossible de les distinguer et de trouver le foyer primitif. De cette confusion naît la divergence d'opinions qu'on remarque ensuite sur la nature de l'épidémie; et c'est peut-être de là qu'est née la facilité avec laquelle on a généralement caractérisé du nom de *contagieuses* la plus grande partie des maladies épidémiques. L'homme, épouvanté par les ravages qu'elles exercent, au lieu de remonter à leur première origine, a recours avec d'autant plus de facilité à la contagion, qu'avec cette seule raison il croit vaincre les grands obstacles qu'une observation sérieuse et profonde des causes productrices lui offre.

Messieurs les Médecins de la commission française, Pariset, Bally et François, arrivés dans cette capitale vers le 15 octobre, époque à laquelle ce fléau dévastateur était à son maximum, ne purent que se trouver très-embarrassés pour déterminer la nature d'un mal qui, suivant eux, *est un prothée qui prend toutes sortes de formes distinctes, et offre tant d'étranges anomalies, soit dans la lenteur ou la rapidité de sa marche, soit dans la combinaison, la succession ou le degré de ses phénomènes, qu'il est impossible de l'assujettir à une règle fixe et invariable.* Malgré cela ils n'ont pas manqué de le signaler pour la *fièvre jaune* d'Amérique, la même qu'ils ont vue aux *Antilles* et à *Cadix*.

J'ignore si la fièvre qu'ils virent aux Antilles et à Cadix était la véritable fièvre jaune d'Amérique; mais d'après les relations qu'ils en ont publiées eux-mêmes, on voit clairement qu'ils n'ont point dit, d'aucune d'elles, qu'elle fût un *prothée* et qu'elle présentât tant d'anomalies, comme ils l'ont observé dans la nôtre, preuve évidente qu'elles n'étaient point semblables ou du moins que celle-ci avait dans ses formes variées, quelque chose de plus que les autres. Je me rappelle fort bien, et M. Bally ne le niera point, que dans une assemblée où nous assistions, avec M. Pariset et trois autres respectables médecins de Barcelone, il fut question d'assigner une classe à la maladie dont était atteint l'alcade *don Gaëtan de Dou* ; il la qualifia de *typhus nerveux*, en ajoutant que, malgré les grands et terribles symptômes qu'elle présentait, aucun n'annonçait la fièvre jaune. M. Bally ne pourra point nier non plus qu'il n'ait dit à un des premiers médecins de la ville : *mon ami, je ne vois point là la fièvre jaune.* Comment donc pouvoir classer dans un même genre et une même espèce, une maladie qui, tant dans son cours que dans la combinaison et la succession des symptômes, présente tant d'anomalies et des phénomènes si différens de ceux qu'on observe dans la véritable fièvre jaune d'Amérique. Notre fièvre jaune sera donc une fièvre jaune de Barcelone, et non la vraie fièvre jaune d'Amérique.

MM. les membres de la commission se livrent ensuite à l'examen de deux questions délicates. La 1.re, si cette fièvre est exotique et importée d'Amérique, ou si elle est indigène et engendrée par des causes locales; la seconde, si elle jouit de la propriété funeste de se propager par la contagion. Ces MM. ayant déjà établi que c'était la vraie fièvre jaune d'Amérique, ils ne pouvaient faire autrement que de de dire qu'elle était exotique et importée, et qu'*au milieu d'un concours apparent de causes qui dès le principe divisèrent les opinions, une foule de circonstances qui leur*

parurent prépondérantes, leur en donnèrent la conviction. Une de ces causes, qui suivant eux est la principale, c'est de voir coïncider la première apparition du mal avec l'arrivée des bâtimens venant des contrées où il règne habituellement, et d'avoir observé sur ces bâtimens les premiers malades. Mais pour que cette coïncidence eut lieu, il faudrait qu'ils fussent récemment arrivés et que l'invasion eût eu lieu dans le terme quarantenaire prescrit par les lois sanitaires en vigueur; autrement si l'arrivée, dans un temps quelconque, des bâtimens sortant des parages infectés de quelque mal, doit être regardée comme coïncidant avec l'invasion d'une épidémie, quoiqu'il se soit écoulé un laps de temps assez long depuis cette arrivée et la quarantaine régulière, elles doivent dans ce cas être regardées comme inutiles, ou, comme elles sont d'un certain nombre de jours fixés, on doit les porter à plusieurs mois et même à plusieurs années. Il est donc nécessaire de s'assurer que l'arrivée de ces bâtimens, dans notre port, coïncide avec la première apparition de la fièvre jaune, et de prouver que cette apparition eût lieu dans ces bâtimens dans la première quarantaine que subissent ceux qui viennent des parages infectés, ce qui n'arriva point, ni même dans la seconde. On ne peut donc assurer que ces bâtimens portassent les germes de cette maladie, ni que leur arrivée coïncide avec l'apparition de ce mal. Les vaisseaux sortis de la Havane avec le convoi, et les derniers entrés dans notre port, furent le brigantin le *Grand-Turc* et la frégate la *Perle-Claire*, qui déchargèrent le 29 juin 1821. La veille il en avait été de même du brigantin l'*Union*, de la goëlette *Carmen* et de la frégate la *Liberté*. L'arrivée des premiers navires eut lieu depuis le 17 jusqu'au 25 du même mois. Les premiers malades furent signalés au commencement d'août, c'est-à-dire, 33 jours après leur arrivée; lesquels, joints aux 60 qu'ils mirent pour faire la traversée, font plus de trois mois, terme

plus que suffisant pour le développement de quel *contagium* qu'ils eussent porté. Il conste des déclarations recueillies des capitaines et patrons des bâtiments, à leur arrivée, ainsi que des visites sanitaires qui furent faites pendant qu'ils étaient en observation, que, tant lors de leur départ de la Havane, que pendant la traversée, tous les équipages jouirent de la meilleure santé. C'est à cause de cela qu'ils furent admis à la libre communication, et qu'on leur permit de décharger les marchandises et les effets, qui furent répandus et emmagasinés dans divers points de la ville. Ces conducteurs, communiquant avec les habitans, ne leur inoculèrent point cette maladie ; ce ne fut que 33 jours après qu'on commença à l'observer, non chez ceux qui avaient eu des relations et un contact immédiat avec les effets des embarqués et ceux qui les avaient transportés, mais parmi ceux qui avaient été destinés à rester dans ces mêmes bâtimens. Si la fièvre jaune avait été portée par eux ou leurs marchandises, ses premiers ravages auraient dû s'exercer chez les individus qui les avaient reçues et maniées, comme étant plus susceptibles d'être contagionés que ceux qui sont habitués à vivre au centre de la contagion, qui le sont indubitablement moins. Il arriva précisément tout le contraire; le grand nombre de personnes qui furent employées à ce transport n'en éprouvèrent aucun fâcheux accident, et le mal se montra seulement chez ceux qui, depuis longtemps, vivaient dans la sphère de son action. D'après cela pourra-t-on dire qu'ils aient importé ce mal, et que l'arrivée de ces bâtiments, conducteurs de l'épidémie, coïncide ou a quelque connexion avec la première apparition de la nôtre? MM. les membres de la commission française se sont trompés lorsque, en preuve de leur prétendue importation, ils ont allégué une coïncidence qui n'a point existé, et qu'à coup sûr le défaut de renseignemens les a portés à croire.

Une autre preuve, sur laquelle ils basent leur opinion, c'est qu'il paraît, d'après eux, que les premiers malades atteints de ce mal appartenaient à deux ou trois de ces bâtimens, ce qui n'est pas exact. Il est officiellement constaté que les premiers malades se montrèrent sur la polacre napolitaine la *Conception*, mouillée dans notre port depuis le 23 avril, et chez une femme qui avait été à bord du brigantin le *Tallapiedra*, ensuite à Barcelonette et en dernier lieu à Sitjes, où la maladie se manifesta avec tous les symptômes de malignité. Quant à ceux qui se montrèrent sur la polacre napolitaine, il ne paraît pas qu'ils aient pu l'avoir importée, puisque ce bâtiment n'était pas du nombre de ceux qui étaient arrivés d'Amérique, et qu'il n'y avait même jamais été : ce mal devait donc reconnaître une autre origine. Relativement à la femme du brigantin *Tallapiedra*, ce bâtiment n'était point un de ceux récemment arrivés avec le convoi de la Havane ; il était mouillé dans le port depuis le 19 juin. Suivant la relation publique du capitaine, il est prouvé que cette femme vint de Sitjes le 29 juin pour voir son mari, qui faisait partie de l'équipage ; qu'elle resta à bord pendant trois ou quatre jours, et cohabita avec lui ; qu'elle partit pour Sitjes, d'où elle revint par mer le 20 juillet, et retourna à ce même endroit le 31. Malgré ces circonstances, qui semblent montrer que cette femme a contracté la maladie dans ce bâtiment, puisque, suivant son rapport, se trouvant indisposée le 28 juillet, elle se retira chez une amie à Barcelonette, où elle resta jusqu'au lendemain qu'elle retourna à bord du brigantin, d'où elle partit pour Sitjes, atteinte de la maladie. Malgré cela, dis-je, il doit paraître bien étrange que cette femme, lors de sa première venue au bâtiment, le 29 juin, époque voisine de son arrivée, et surtout du débarquement des marchandises qu'on achevait, n'eût point contracté cette maladie. Si elle est provenue des miasmes importés par le bâtiment, l'équipage

ou les marchandises, aucune occasion n'était plus favorable que celle-là pour atteindre un sujet sain et venant d'un pays où l'on respire un air salutaire. Cependant elle revint chez elle en bonne santé et eut besoin de faire un second voyage pour la contracter. Dans quel temps même? lorsque tout l'équipage, ainsi que le capitaine étaient déjà à terre, communiquant avec tout le monde sans éprouver le moindre dérangement de santé, ni ceux qui avaient porté les marchandises, ni ceux qui les avaient reçues. La femme de Sitjes était donc la seule que les miasmes portés par ce bâtiment attendaient pour frapper et produire un mal qui avait respecté tant d'autres individus. Cela est inconcevable, et, suivant la doctrine de l'importation, prouverait bien mieux que cette femme avait porté la maladie de Sitjes, au lieu d'avoir été importée d'Amérique par le bâtiment. On ne peut donc assurer que cette personne, qui fut des premiers malades, appartînt aux bâtimens récemment arrivés de la Havane, comme l'ont prétendu MM. les membres de la commission française, d'où l'on voit clairement que tant elle que ceux de la polacre napolitaine contractèrent la maladie dans le port, sans faire partie d'aucun bâtiment du convoi. On doit regarder comme nulle la seconde preuve que ces MM. citent en faveur de l'importation, dans leur opinion officielle. Ils terminent leur première question en disant, *que s'il restait quelque doute relativement à l'importation de cette fièvre, les tristes évènemens de Tortose suffiraient pour le dissiper.* A la première vue les évènemens de Tortose en imposent effectivement et ne manquent pas d'inspirer des doutes en faveur de l'importation; mais si on les examine scrupuleusement, l'on verra que bien des jours avant l'arrivée du savonnier on avait déjà observé un malade, avec tous les symptômes de notre fièvre, dans un bateau mouillé depuis 15 jours dans la rivière, sans avoir la certitude qu'il eût été dans le port de Barcelone,

preuve évidente que ce n'est pas le savonnier qui porta la maladie, mais que probablement elle se développa là par des causes semblables à celles qui ont donné lieu à celle de Barcelone. Quand bien même on admettrait qu'elle a été importée par cet homme, rien ne démontrerait qu'elle l'a été d'Amérique, puisqu'il est très-probable que cet individu ayant été dans notre port, et par conséquent soumis à l'influence d'une atmosphère généralement infectée, il dût contracter comme les autres cette disposition propre à recevoir cette maladie, dès que diverses causes en favoriseraient le développement : c'est ce qui eut lieu à son arrivée à Tortose, où il se trouva dans une atmosphère beaucoup plus chaude et des circonstances locales très-favorables; alors le mal se développa à cause de la disposition qu'il avait reçue dans le port de Barcelone. Si, au lieu de se rendre à Tortose, il se fût rendu dans un pays non soumis à ces circonstances locales qui favorisent ou produisent cette fièvre, elle se serait dissipée, ou, dans le cas qu'elle se fût manifestée, elle n'aurait point eu des résultats si facheux, parce qu'il lui aurait manqué le foyer d'infection que nous devons supposer avoir existé à Tortose.

Il résulte de tout ce qui a été dit : qu'on ne peut point avancer que l'arrivée des bâtimens de la Havane ait coïncidé avec la première apparition du mal dans le port de Barcelone, ni que les premiers malades qui parurent en provinssent; enfin, que les tristes évènemens de Tortose ne confirment point l'importation de cette fièvre, comme l'assurent MM. les membres de la commission française.

Nous allons examiner maintenant si cette maladie jouit de la propriété de se propager par contagion, ainsi qu'ils l'ont avancé dans leur seconde question. « Cette question, disent-ils, est fort importante; elle se rattache à des intérêts d'un ordre si élevé que nous n'avons voulu nous déterminer pour l'affirmative qu'après le plus mûr examen ».

Il est très-certain que cette question est de la plus grande importance, et qu'une erreur dans sa solution peut entraîner de fâcheux résultats; par cela même, elle exige le plus sérieux examen avant de prononcer. C'est précisément en ceci que se sont trompés MM. les membres de la commission française, en établissant de telles propositions, alléguant des faits entièrement erronés, et en passant sous silence des observations qui contrarient évidemment leur opinion. Ils disent : « que les faits qui établissent la propriété contagieuse sont si nombreux, si variés et en même temps d'une identité si parfaite dans ces mêmes variations, que ces preuves et les contre-preuves de la maladie par le contact, et de ne point se transmettre, moyennant les précautions nécessaires, sont si décisives et parlent si hautement, que l'entendement est subjugué et toute objection tombe d'elle-même ». Si nous n'avions pas vu ces Messieurs à Barcelone, nous en conclurions qu'en affirmant une telle identité de faits qu'aucune autre médecin n'a observée, et qui certainement n'a point existé, ils n'ont point vu notre fièvre. En effet, peut-on appeler identiques des faits qui offrent des observations contraires, et lorsqu'aucun ne paraît point indiquer la transmission de cette maladie et qu'une infinité d'autres attestent, d'une manière convaincante, leur nullité? Peut-on regarder comme identiques des faits qui démontrent que dans le même temps que la maladie a exercé les plus grands ravages dans des quartiers déterminés de la ville, elle en a respecté un très-grand nombre d'autres, quoique les causes fussent les mêmes? Barcelonette, le quartier de Sainte-Marie et plusieurs rues furent dépeuplées par ce fléau, quand la Charité, la Miséricorde, les hôpitaux et une foule de rues ou en furent exemptes ou en sentirent à peine les effets. Dans les unes comme dans les autres, les communications furent les mêmes et peut-être même plus grandes dans ces derniers lieux. Des résultats

si opposés peuvent-ils être appelés des faits identiques?

On doit en dire autant des contre-preuves sur lesquelles ces Messieurs prétendent appuyer leur opinion. Loin d'être si décisives, comme ils l'affirment, tout Barcelone les a vues si variées et si opposées, que l'imagination la plus ardente est forcée de recourir au doute philosophique. Pour chaque exemple de transmission par le contact on en trouve un grand nombre qui démontrent qu'une communication continuelle n'a pu la transmettre. Un religieux augustin assista constamment les malades de Barcelonette pendant l'épidémie, endossa les habits de laine d'un de ses compagnons qui venait de mourir, et, tenant la calotte qui était sur la tête du défunt il l'appliqua sur la sienne sans la laver : il en fit un usage continuel sans que sa santé en ait été altérée.

Un infirmier des hôpitaux épidémiés, touché de compassion pour l'agitation continuelle d'un malade parvenu au plus fort de sa maladie, et la croyant causée par le mauvais lit où il gissait, le prit entre ses bras et le plaça dans le sien. Il se mit de suite dans celui de ce malade, où il passa la nuit, sans éprouver aucun dérangement de santé. Je serais trop long si je voulais énumérer tous les exemples qu'on a eus de cette nature, et qui démontrent clairement la non transmission du mal des malades aux sains, malgré le contact immédiat qui a existé entre eux. Il suffit seulement de s'en rapporter à ce qui est arrivé dans les lazarets et les hôpitaux. Dans les premiers, ni les médecins, ni aucun des nombreux infirmiers ou garde-malades ne contractèrent la maladie, quoiqu'ils aient généralement mis de côté les précautions nécessaires. Dans les seconds, dans l'hôpital général, il n'y eut seulement d'atteints que ceux qui avaient le moins de communication avec les malades et qui s'éloignèrent le plus, comme le pharmacien-major, le prieur de la convalescence, etc.; tous les médecins et la plus grande partie des

frères et des infirmiers en furent délivrés. Dans le séminaire, aucun des pères qui assistèrent constamment les malades pour le service spirituel ne contracta la maladie. Il en fut de même des médecins et des infirmiers qui, quoique très-nombreux, n'eurent pas au-delà de huit morts. Dans une infinité de maisons de la ville on observa qu'il n'y avait qu'un seul individu atteint du mal, quoiqu'il fût entouré d'une nombreuse famille. D'après cela pourra-t-on donner comme une preuve décisive de la propriété contagiante d'une maladie, la transmission par contact qui, dans tant de cas et de circonstances égales de communication, n'a point eu lieu? *Je ne nie point que notre fièvre ait été transmise quelquefois par cette cause, mais cela ne prouve pas sa propriété essentiellement contagieuse, puisque toutes les fièvres appelées putrides peuvent, par des circonstances particulières, se transmettre par contact et devenir accidentellement contagieuses, et que cela ne les constitue pas telles dans leur essence.*

Ces mêmes exemples pourraient seuls établir la contre-preuve de ceux que la commission française a donnés à l'appui de son opinion, qu'en prenant les précautions nécessaires la maladie ne pouvait point se transmettre; mais il est bon de faire connaître le grand nombre de cas dans lesquels une communication continuelle entre les sains et les malades n'a point transmis la maladie. Les différents couvents de religieuses qui, par leurs statuts, sont en une incommunication absolue, et qui, outre cela l'étaient encore plus par la crainte du mal, ont démontré le peu de valeur des précautions sanitaires, puisque la maladie s'étant introduite dans leurs cloîtres, sans savoir de quelle manière, y a exercé les plus grands ravages. De plus une grande maison de cette ville, pourvue de toutes les choses convenables et à desirer, pour s'isoler et vivre loin de toute société, offre un asile commode à une famille entière. Voulant se garantir de ce fléau, elle fait d'abondantes pro-

visions et s'y enferme de suite. Elle ne reçoit rien de dehors sans l'avoir auparavant passé au vinaigre; ils y vivent joyeux, se croyant à l'abri du danger, lorsqu'au bout de 36 jours trois d'entre eux tombent malades le même jour et presqu'à la même heure de cette affection mortifère. Pouvaient-ils prendre de meilleures précautions pour se préserver de ce prétendu *contagium?* En suivant de pareils moyens, a-t-on jamais vu se propager aucune des maladies reconnues contagieuses? Au moyen d'un isolement absolu, et en évitant tout contact, a-t-on jamais vu se transmettre la petite-vérole, la gale, la syphilis, maladies esssentiellement contagieuses? Non, certainement; cela seul serait donc suffisant pour refuser à notre fièvre une pareille propriété, et surtout en un degré que, suivant ces Messieurs, on n'avait pas encore vu dans aucune autre épidémie de cette nature.

Il faut croire que MM. les docteurs *Pariset*, *Bally* et *François*, frappés d'épouvante par les ravages de notre épidémie, se trompèrent en employant le mot *contagion* pour celui de *malignité*, et que lorsqu'ils dirent l'avoir trouvée contagieuse dans un degré qu'ils n'avaient jamais vu, ils devaient dire maligne dans un degré que personne ne l'avait assurément pas observée; cela est très-certain et malheureusement trop bien confirmé par ses résultats. Mais une maladie contagieuse qui a respecté tant d'individus qui ont été en contact avec les malades et qui s'est transmise si facilement sans aucun contact, peut-elle être qualifiée telle? Cela serait trop contradictoire et l'exemple de leur malheureux ami n'en est point une preuve suffisante. Cet infortuné sortait d'une contrée où l'on respirait un air pur et sain; à son arrivée il fut atteint de cette infection générale qui planait sur nous. Il fut d'abord saisi de terreur à l'aspect des premiers malades, et ce fut dans cette disposition morale que se développa en lui la maladie dont il fut la victime : cela ne peut donc

être attribué à la contagion. Pareille chose lui fut survenue si cette passion de l'ame fût provenue de toute autre cause que de la vue des malades. On a généralement remarqué dans cette épidémie que presque tous ceux qui en furent atteints ne le furent jamais qu'après avoir été en proie à des causes productrices, telle qu'une erreur de régime, une lassitude, un refroidissement, une passion de l'ame, etc., qui développa de suite en eux la maladie régnante; l'on vit aussi des personnes qui, se trouvant sur le balcon de leurs maisons, à converser ensemble, furent atteintes de ce mal par le passage d'un courant d'air qui leur causa en même temps une impression égale. Cela prouve une infection générale de l'atmosphère, qui n'attendait qu'une cause excitante pour exercer son empire dans les limites où elle était circonscrite. Ce fut la raison pour laquelle elle se fit sentir dans les autres lieux où on l'observa, et que d'autres en furent préservés, quoique se trouvant fort près. Bien loin que les habitans de Barcelone fussent convaincus de la propriété éminemment contagieuse de cette fièvre, comme le supposent MM. les membres de la commission française, quelques-uns l'ont seulement soupçonné, sans se hazarder à l'affirmer, l'opinion la plus générale étant que cette maladie était épidémique et très-mortifère, mais non essentiellement contagieuse.

Quant à son traitement, je conviens avec eux qu'il est fort difficile, tant à cause des inconcevables variations et formes sous lesquelles elle se présente, que de l'ignorance totale dans laquelle nous sommes de la nature intime de cette fièvre. Jusqu'à ce que nous ayons des données plus exactes nous devons nous attacher à mettre en usage tous les moyens sanitaires possibles pour prévenir de nouvelles infections, et empêcher la réapparition de cette maladie,

---

Recherches sur la production accidentelle de pigment et de carbone dans le corps humain, considérée particulièrement sous le rapport des mélanoses, de la prédominance du système veineux; de la fièvre jaune et des maladies atrabilaires des anciens; par Charles-Frédéric Heusinger. *Eisenach,* 1823. (Extrait par M. Bouvier, agrégé à la Faculté de Médecine).

Cet ouvrage est divisé en trois sections. Dans la première, l'auteur jette un coup-d'œil sur les pigmens, ou matières colorantes, qui se forment naturellement dans les règnes végétal et animal. Il fait remarquer le rapport qui existe entre l'absorption du carbone et la formation du pigment dans les végétaux, que la privation de la lumière décolore, en faisant cesser la décomposition de l'acide carbonique dans leurs parties vertes. La réunion fréquente des résines et des matières grasses avec les pigmens végétaux, la prédominance des principes inflammables dans ces derniers, la propriété qu'ont certaines terres de bleuir les hortensias rouges, et qui serait due, d'après Schubler, au carbone qu'elles contiennent; la coloration plus grande à l'extérieur de toutes les plantes, montrent encore la nature et la source probables des matières colorantes des végétaux.

L'examen des pigmens des animaux les présente existant dans toutes les classes, excepté dans les infusoires; annexés en général à la peau ou à l'enveloppe extérieure; placés aussi à l'intérieur ou autour de quelques organes, et contenus dans la bile et le sang de beaucoup d'animaux; souvent unis à des matières calcaires ou à des substances cornées avec lesquelles ils ont des rapports variables; disposés dans la peau du nègre et dans l'œil sous la forme de globules entourés de tissu cellulaire élémentaire, ce que l'on remarque aussi dans les végétaux, en général

riches en carbone, autant du moins que le petit nombre d'analyses qui en ont été faites permet de l'établir.

Sous le point de vue physiologique, ces pigmens fournissent à M. Heusinger de nouvelles considérations. Il les regarde comme le résultat de la déposition dans l'enveloppe tégumentaire d'une partie des principes combustibles contenus dans le sang veineux, et qui, d'autre part, se dégagent par la peau et le poumon sous la forme d'acide carbonique. Leur production, de même que celle des terres qui forment les enveloppes dures des animaux, n'est qu'une suite du grand mouvement par lequel, dans tout animal, des matériaux oxygénés sont sans cesse portés du dehors au-dedans, ou de la périphérie au centre, et des principes carbonés et hydrogénés du dedans au dehors, ou du centre à la périphérie. Le squelette, qui est périphérique par rapport au système nerveux, et en général composé de terres, est aussi, dans certains cas, comme cela a lieu pour le nerf optique, et pour d'autres nerfs dans les vers et les mollusques, remplacé par du pigment.

La sécrétion de la graisse, matière éminemment combustible, a un rapport intime avec celle du pigment, comme l'indiquent l'apparition presque simultanée de la graisse et des cheveux dans le fœtus, la maigreur des individus dont la peau a une couleur foncée, et le peu de coloration de ceux qui ont de l'embonpoint, l'existence du pigment dans les poissons, et même quelquefois dans les oiseaux, autour des membranes séreuses et du périoste, endroits où de la graisse est secrétée dans d'autres animaux, le fait observé par Staehelin, qui trouva dans l'œil d'un veau de la graisse au lieu de pigment, etc.

Une semblable connexion existe entre la respiration et la formation du pigment : la peau supplée quelquefois en partie le poumon, non-seulement par l'excrétion dont elle est le siége, mais encore par la matière colorante du

sang qui s'y dépose ; le pigment doit être considéré, chez plusieurs animaux, comme un produit respiratoire, et augmente ou diminue visiblement dans quelques-uns, suivant que la respiration est plus ou moins active ; dans le nègre, il ne se forme qu'après la naissance, quand la respiration s'est établie, et provient uniquement du carbone qui, chez le blanc, se transforme en acide carbonique. Si le pigment est secrété, comme on l'a pensé, par les veines de la peau, il est encore plus positivement un produit respiratoire.

La phosphorescence de certains animaux est, suivant M. Heusinger, comme la sécrétion du pigment, un mode de respiration dans lequel les principes combustibles rejetés éprouvent à la surface du corps une véritable combustion.

Ayant ainsi déterminé la source des pigmens des animaux, et leur destination dans l'organisme, M. Heusinger passe successivement en revue diverses influences favorables et défavorables à leur sécrétion, et dont la manière d'agir est en général facile à saisir, la plupart produisant le même effet par rapport à la respiration.

Parmi les influences favorables se trouvent rangés la lumière, le jour, la saison de l'été, la chaleur des tropiques ; l'obscurité, la nuit, l'hiver, le voisinage des pôles, s'opposent au contraire à la formation du pigment. C'est ce que l'auteur établit par des faits tirés, tant de la physiologie de l'homme, que de celle des animaux.

La nature des alimens paraît aussi influer sur la secrétion des pigmens, soit pour la diminuer, soit pour l'augmenter ; un des exemples les plus remarquables qu'en cite M. H... est la coloration des Groënlandais, produite, au rapport de quelques voyageurs, par l'usage habituel de la graisse.

Cette sécrétion est généralement plus abondante dans le mâle, particulièrement vers l'époque de l'accouple-

ment, comme on le voit dans beaucoup d'oiseaux et dans plusieurs poissons, qui se parent alors des plus belles couleurs et les perdent ensuite. On n'observe rien de semblable dans la femelle; chez elle, c'est dans les organes génitaux qu'est sécrétée la matière combustible, ainsi que l'annoncent la prédominance du carbone dans le sang menstruel, la présence de la graisse et d'un pigment dans le jaune de l'œuf, etc.

Enfin le pigment est, en général, secrété moins abondamment dans les animaux jeunes que dans ceux d'un âge plus avancé.

Dans la seconde section, M. H... s'occupe de la production accidentelle ou anomale de pigment dans l'économie animale. En parcourant les diverses affections dans lesquelles on rencontre cet état, il traite successivement, 1.° des altérations de couleur partielles de la peau; 2.° des altérations de couleur générales de cette membrane; 3.° des productions de pigment dans les membranes muqueuses et séreuses; 4.° des mélanoses; 5.° des matières colorantes que l'on trouve dans les fluides sécrétés; 6.° enfin de l'augmentation générale de sécrétion du pigment.

Parmi les altérations de couleur partielles de la peau, l'auteur cite d'abord les taches produites chez les femmes par les accidens de la menstruation, et celles auxquelles les personnes âgées sont sujettes sans causes connues. Puis viennent les taches qui surviennent pendant la grossesse et dans le scorbut. Ensuite l'auteur parle des éphélides, à l'occasion desquelles il fait remarquer que, dans le traitement, on se servirait avec plus de succès des topiques dissolvans et oxydans, tels que l'alcohol et les acides minéraux, que des astringens et des toniques dont on fait ordinairement usage. Il rappelle encore les taches que l'on observe dans le typhus, et qu'il regarde comme une nuance des pétéchies. Relativement à ces dernières, M. H... pense avec Reid qu'elles sont dues à un défaut

d'oxydation du sang, qu'il attribue à ce que l'influence nerveuse ne s'exerce pas convenablement sur les poumons et le système vasculaire en général.

Par rapport aux altérations de couleur générales de la peau, M. H... cite la cyanose, la jaunisse; à l'égard de cette dernière, il rappelle que celle à laquelle les nouveaux nés sont sujets, ne se manifeste qu'après que la respiration s'est établie, qu'elle dépend de la transpiration de la peau, et que le nègre ne noircit qu'à la même époque où l'enfant blanc jaunit. Parmi les causes qui peuvent encore donner lieu à de semblables altérations de la peau, l'auteur rapporte les affections morales, l'âge critique, la morsure de certains serpens venimeux et la fièvre jaune.

Dans l'examen des pigmens accidentels des membranes muqueuses et séreuses, l'auteur rappelle les observations de MM. Pinel, Chardel, Laennec, Cruveilhier, Mérat et Breschet; les deux premiers comme en ayant observé dans le squirrhe de l'estomac, et les derniers dans diverses autres membranes tant muqueuses que séreuses. Il ajoute que ces pigmens ont été observés à la surface interne du canal intestinal dans la cyanose, où ils paraissaient évidemment avoir été produits par la matière colorante du sang.

Quant aux mélanoses, il rappelle les observations faites à ce sujet par MM. Bayle, Dupuytren, Laennec, Gohier, Breschet, etc. Il regarde ces productions; d'après l'analyse qui en a été faite par MM. Barruel et Lassaigne, comme de véritables dépôts de la matière colorante et de la fibrine du sang.

Les métrorrhées auxquelles les Européennes sont sujettes dans les pays chauds; les sueurs rouge, verte, bleue, jaune; la sueur noire observée par Bartholin chez une femme scorbutique; les mucosités noires, rendues par le nez ou par l'expectoration, la substance jaune

trouvée par Fourcroy dans les crachats de la pneumonie bilieuse; les altérations de couleur que présente la bile, surtout dans les cas de prédominance du système veineux, comme dans la jaunisse, la fièvre jaune, etc.; la couleur également très-variable de l'urine que l'on a vue jaune, verte, et même noire, et qui contenait dans le dernier cas, suivant M. Prout, de l'ammoniaque unie à une substance particulière qu'il a proposé d'appeler *acide mélanique;* les matières noires rendues par les selles dans le mélæna, et par le vomissement dans la fièvre jaune : tels sont les faits qui établissent qu'il se produit dans certains cas, dans les liquides sécrétés, une matière colorante accidentelle.

L'acclimatement dans les pays chauds, la jaunisse, les maladies atrabilaires, ou la mélancolie des anciens, le scorbut, l'action de certains poisons, la fièvre jaune, sont des affections citées comme donnant lieu à la production générale de pigment. En parlant des maladies d'acclimatement, dont les plus fréquentes sont la dysenterie, la fièvre jaune et les fièvres intermittentes, l'auteur fait remarquer que dans ce cas des recherches ont été faites sur le sang, et que l'on a trouvé le sérum plus abondant, moins coagulable, et coloré en jaune rougeâtre, ce qu'on attribue à un défaut d'union des globules. L'état atrabilaire dont les symptômes sont l'hématémèse, les hémorrhoïdes, l'hématurie, les métrorrhées, le melæna, la mélanose, lui paraît avoir beaucoup d'analogie avec le scorbut, avec cette différence cependant que le carbone et le pigment ne prédominent dans ce dernier que dans le sang. L'auteur termine cette section en faisant un rapprochement entre la fièvre jaune et le typhus; affections caractérisées, l'une et l'autre, par la surabondance du pigment, et qu'il regarde comme à peu près identiques dans leurs symptômes.

M. H..., dans la troisième et dernière section, expose

les conséquences déduites des faits précédens. Il trouve 1.° que tous les pigmens sécrétés dans le corps à l'état normal, sont riches en carbone; 2.° que les pigmens accidentels ou anomaux ressemblent aux naturels; 3.° que les pigmens anomaux sont une modification de la matière colorante du sang; 4.° que leur sécrétion est en rapport intime avec celle de la graisse; 5.° qu'ils sont l'atrabile des anciens; et 6.° qu'ils annoncent la prédominance du système veineux, le défaut d'oxydation et surtout le défaut de la décarbonisation du corps.

Il appuie ces propositions de plusieurs considérations déjà en partie exposées. Il rappelle, relativement à la seconde, les recherches de Camper, de Sœmmering, de Blumenbach, sur les pigmens qui constituent les altérations de couleur partielles de la peau, qui ont appris qu'ils ne différaient pas des pigmens naturels; ce que confirme encore l'analyse des mélanoses, de la matière du vomissement noir, de l'urine des ictériques, etc., substances où l'on a trouvé du carbone.

Les faits relatifs aux mélanoses, aux taches scorbutiques, aux altérations de couleur que l'on observe dans la fièvre jaune, lui paraissent des preuves de la troisième proposition. Il suffit, dit M. H..., de comparer la mélanose avec l'état atrabilaire des anciens, pour reconnaître l'identité de ces affections.

Le rôle du système veineux dans les productions accidentelles de pigment lui paraît établi par ce que l'on observe dans le mélæna, l'hématémèse, la fièvre bilieuse, le typhus, etc. Il fait remarquer à ce sujet l'importance du système veineux dans l'économie animale.

Clinique externe de l'hôpital de Santa-Maria Nuova *de Florence, par le professeur* PHILIPPE UCCELLI. *Deux vol. in-8.° Florence,* 1823. (Extrait).

« Nous possédions déjà, dit l'auteur dans sa préface, une quantité d'observations médicales qui tendent à confirmer la doctrine si bien développée par le célèbre Tommassini, professeur de clinique à Bologne, dans son *Traité classique sur l'inflammation.* Mais jusqu'à présent nous manquions d'une série d'observations chirurgicales dirigées vers le même but, c'est-à-dire, qui eussent pour objet de confirmer, par des faits, que l'inflammation est constamment le produit immédiat d'un stimulus morbide qui exprime toujours un excès actuel de stimulus, du moins dans les parties qui en sont atteintes, qui s'accroît par l'application des stimulus, et n'est susceptible de guérir, si ce n'est par des remèdes antiphlogistiques; que sa nature est toujours identique et ne peut subir de transformation (à moins qu'elle ne se résolve heureusement), qu'en affectant quelqu'une des terminaisons qui altèrent la texture normale des parties, et ne doivent pas se confondre avec l'inflammation. » C'est donc pour remplir cette lacune que l'auteur a publié cet ouvrage, dans lequel il a tracé un tableau des diverses maladies chirurgicales traitées pendant les dernières années de sa clinique externe, *afin qu'elles puissent servir de règle aux jeunes élèves en chirurgie à Florence.*

Les observations comprises dans ce recueil sont au nombre de 159, et sont distribuées en 41 sections; chacune est précédée de quelques généralités relatives au genre de maladie dont il est question. Ces sections se succèdent dans l'ordre suivant : 1. Erysipèle. — 2. Phlegmons et abcès. — 3. Contusions. — 4. Blessures. — 5. Fractures. — 6. Gangrènes. — 7. Plaies variqueuses —

8. Scrophules.— 9. Carcinomes.— 10. Tumeurs sanguines. — 11. Anévrysmes. — 12. Tumeurs enkystées. — 13. Ganglions. — 14. Polypes. — 15. Compressions et commotions cérébrales. — 16. Ectropion. — 17. Ophthalmies. — 18. Ptérygion. — 19. Cataractes. — 20. Staphylôme. — 21. Fistules lacrymales. — 22. Plaies gangréneuses aux mamelles et abcès laiteux. — 23. Fistules aux joues. — 24. Ranules. — 25. Squirrhes des mamelles. — 26. Empyème. — 27. Péritonite avec tumeur dans le bas-ventre. — 28. Hernies étranglées. — 29. Ischuries. — 30. Pierres dans la vessie urinaire. — 31. Hydrocèles. — 32. Hématocèles. — 33. Sarcocèles. — 34. Gonorrhée. — 35. Orchitides. — 36. Bubons vénériens. — 37. Ulcères syphilitiques. — 38. Fistules à l'anus. — 39. Squirrosités à l'intestin rectum. — 40. Grossesse extra-utérine. — 41. Amputations et exarticulations.

En général ces observations sont exposées avec beaucoup de simplicité et de candeur, et présentent tous les caractères de l'authenticité. Mais les inductions qu'en tire l'auteur, et les moyens qu'il emploie pour remplir les indications curatives, ne recevront peut-être pas dans tous les cas l'approbation des gens de l'art qui s'en tiennent rigoureusement aux conséquences ou aux vérités qui émanent des faits bien et fidèlement observés, sans idées préconçues. — Quoi qu'il en soit, faisons connaître en peu de mots quelques-unes des plus importantes observations de cet ouvrage.

Section IV. *Obs.* 3. — Blessure produite chez un paysan par une serpe qui, agissant de haut en bas, pénétra en taillant dans le tendon d'Achille, divisa l'artère tibiale postérieure et le nerf du même nom. Points de sutures et compression puissante mis en œuvre par un chirurgien de campagne. Il se développa de graves accidens et un commencement de gangrène. On pratiqua la ligature de l'artère, on multiplia les saignées, on administra de

l'eau cohobée de laurier-cerise à la dose de douze gouttes en vingt-quatre heures; nonobstant, la gangrène fit des progrès; il s'y joignit le trismus, des convulsions, le tétanos, des sueurs abondantes, etc., et le malade succomba treize jours après l'accident. A l'autopsie du cadavre on trouva une injection considérable des petits vaisseaux du cerveau et de la moëlle épinière et des meninges. Une exsudation pseudo-membraneuse était interposée entre cette dernière et ses enveloppes. Les nerfs sciatique et crural n'offraient aucun indice d'inflammation. Les viscères de la poitrine et du bas ventre étaient sains. *D'après ce fait,* dit l'auteur, *qui pourra encore nier que la cause prochaine du trismus et du tetanos traumatique ne soit toujours l'inflammation du cerveau et de ses tuniques?*

Section IV. *Obs.* 5. — *Diverses lésions traumatiques terminées par la mort.* — Un maçon tombe d'un échafaud mal construit; vaste blessure lacérée et contuse à la tête avec dénudation du crâne, fracture des deux os de l'avant-bras gauche compliquée d'une vaste plaie; autre blessure cutanée dans la paume de la main droite, et forte contusion à l'épaule correspondante. On panse toutes les blessures et on pratique une saignée de douze onces. — Le deuxième jour on administre au malade trois onces d'huile d'amandes douces et une limonade avec six grains d'émétique *pour combattre le stimulus.* — Le troisième jour, chaleur brûlante de la peau, douleur pongitive à l'hypocondre droit et correspondante à l'épaule, couleur ictérique à la face et aux yeux, matières fécales de couleur grise, tension du bas-ventre, fièvre avec pouls petit et vibrant. On croit à l'existence d'une hépatite. — Seconde saignée, application de sangsues sur la région du foie, deux onces de manne en solution, lavement de décoction de chiendent. — Quatrième jour, aucune amélioration. On continue les mêmes moyens de la veille. — Cinquième jour, douleur plus intense *au foie,* fièvre plus

ardente, *plus grande difficulté de respirer* (*dont on n'avait pas encore parlé*). Troisième saignée, continuation de la *limonade cathartique* et des lavemens. — Sixième jour, amélioration apparente; mêmes prescriptions, hormis la saignée. — Septième jour, délire; les blessures sont fort tuméfiées et enflammées; quatrième saignée de six onces. — Huitième jour. La fièvre ne cède pas, le délire persiste; dyspnée très-grave. Deux autres saignées, l'une de huit et l'autre de six onces. — Neuvième jour. Expectoration de crachats purulens. *On continue la boisson émétisée*, et on administre quelques lavemens composés. — Dixième jour. Les choses vont de mal en pis, et le onzième jour le malade expire. — A l'autopsie du cadavre, dans la cavité abdominale où l'on supposait qu'existaient les principales lésions, l'on ne rencontra aucune altération organique. Le foie était seulement *un peu augmenté de volume*, et *un peu* remonté contre la cavité du thorax. Dans la poitrine on rencontra (non sans surprise, dit l'auteur,) la troisième et la quatrième vraie côtes du côté droit fracturées à quatre travers de doigt de la colonne vertébrale, blessant la plèvre costale et pénétrant même un peu dans la substance du poumon. Il y avait en outre *péripneumonie*, ulcération du poumon, *plusieurs petits abcès dans la substance de ce viscère et dans d'autres points de la plèvre*, collection abondante de pus sanguinolent dans la cavité droite du thorax, et diverses adhésions du poumon à la plèvre costale et diaphragmatique. Dans ce cas on ne peut dissimuler que M. le professeur de clinique n'ait commis une erreur grave dans le diagnostic, puisqu'il a pris une pleuropneumonie droite, accompagnée d'épanchement et d'inflammation de la plèvre diaphragmatique et d'ictère, pour *une hépatite* qui, même d'après l'inspection du cadavre, paraît n'avoir jamais existé. Il a en outre méconnu l'existence de la fracture des côtes, et a dirigé ses moyens thérapeutiques contre une maladie imaginaire.

Jusqu'à quel point une telle méprise a-t-elle influé sur la perte du malade? Jusqu'à quel point les saignées abondantes et souvent répétées, et surtout les boissons émétisées, en fixant une irritation phlogistique sur le tube alimentaire, ont-elles influé sur cette catastrophe? Si l'auteur avait appliqué à l'investigation de l'état de la poitrine de son malade un examen attentif, et particulièrement les moyens connus de tous les médecins instruits, et dont on est redevable à Avenbrugger et à M. le professeur Laennec, il ne se serait pas sans doute mépris sur la cause et le siége de l'affection qu'il avait à combattre, et serait peut-être parvenu à rétablir ce maçon, en s'opposant, par quelque procédé opératoire très-simple, à la lacération permanente produite par les fragmens des côtes fracturées sur la plèvre et le poumon.

Section XI. *Obs.* 2. — *Anévrysme de l'artère poplitée.* — Le malade fut opéré suivant le procédé de Scarpa, au moyen de la ligature temporaire. La veine crurale ayant été ouverte, par inadvertance, pendant l'opération, fut liée avec l'artère. On mit le malade à l'usage d'une limonade *fortement émétisée*, dont on continua l'administration pendant plusieurs jours. Il se développa une fièvre, considérée comme *gastrique* par l'auteur, et accompagnée de météorisme et de douleurs abdominales, d'évacuations alvines fréquentes et abondantes, d'une éruption cutanée phlycténoïde, de strangurie avec rétrécissement de l'urètre, suite de gonorrhée vénérienne, et d'autres accidens, et le malade mourut vingt-six jours après l'opération. — L'ouverture du cadavre mit en évidence les altérations suivantes : hydrothorax et hydropéricarde. Toutes les artères étaient plus amples et plus épaisses que de coutume. La crurale était enflammée jusqu'au lieu de la ligature. — La plaie était ulcérée dans son centre jusqu'à l'artère, laquelle, en deux points, était ulcérée et offrait l'impression de la ligature. Les branches collaté-

rales étaient augmentées de calibre. Au-dessus de la ligature existait un caillot couenneux, de plus d'un pouce de longueur, qui en obstruait la lumière, quoique l'artère n'eût pas subi le travail adhésif à l'endroit où elle avait été liée. Avant de donner naissance aux tibiales, la poplitée présentait une ouverture correspondant à la tumeur anévrysmale, formée uniquement par la tunique celluaire, du volume d'un petit œuf de poule, dont la rupture avait donné lieu à un épanchement de sang dans le creux du jarret, à la partie inférieure et interne de la cuisse et le long du tibia. — Les veines ne furent point examinées. — Le lobe droit du foie était injecté et affecté *d'un degré de phlogose*. Les intestins étaient teints de bile. — Il y avait beaucoup de lymphe en partie coagulée, entre les méninges, dont les vaisseaux sanguins étaient fort injectés par le *degré d'inflammation qu'ils avaient subi.*

Ne pourrait-on pas accuser la limonade émétisée d'avoir engendré cette prétendue fièvre gastrique et les accidens qui l'accompagnèrent et contribuèrent à faire périr le malade? Quel est le praticien qui conviendra, dans l'opinion de l'auteur, que le tempérament colérique du malade et l'air de l'hôpital doivent être considérés comme les causes de cette violente irritation portée artificiellement sur le canal alimentaire au moyen de l'administration répétée du tartrite de potasse et d'antimoine, dans la vue de diminuer *le stimulus ou la diathèse inflammatoire* du sujet? Quels avantages pouvait-on espérer d'une méthode perturbatrice si propre à entraver et à enrayer, dans un cas semblable, les opérations salutaires de la nature? D'un autre côté, comment peut-on déduire de ce fait l'avantage du procédé de Scarpa, puisque les parois de l'artère n'étaient pas réunies par adhésion, et étaient extérieurement ulcérées en deux points, quoique la ligature eût été enlevée au quatrième jour? — Dans quel état se trouvait la veine crurale ouverte par

inadvertance pendant l'opération? et les autres veines étaient-elles enflammées?

Section XXX. — *Pierres dans la vessie urinaire et lithotomies.* — Les observations qui appartiennent à cette section sont au nombre de six. La première est relative à un morceau de ces petites bougies de cire, appelées rats-de-cave, introduit dans la vessie par un homme de 36 ans; et les cinq autres concernent des calculs dans la vessie urinaire. L'opération fut pratiquée chez tous les individus qui en sont les sujets. On employa la méthode de Lecat chez deux d'entr'eux qui guérirent parfaitement, tandis que chez les quatre autres on mit en œuvre la taille recto-vésicale, suivant le procédé de M. Sanson, modifiée par M. Vaccà. De ces derniers, trois se rétablirent, et un seul succomba deux jours après l'opération. C'était un garçon de huit ans, dans le cadavre duquel on trouva les intestins injectés contenant beaucoup de *lombrichi*, c'est-à-dire, sans doute, de *lombricoidi*, lombricoïdes; la portion membraneuse de l'urètre, la prostate et le col de la vessie épaissies et enflammées; les méninges un peu injectées et les principales artères phlogosées. Le rétablissement des premiers ne fut pas complet, quoiqu'ils restèrent incommodés d'une fistule recto-vésicale, d'où suintait un peu d'urine quand ils faisaient des efforts pour aller à la garde-robe; et même l'un deux était resté affecté, à la suite de l'opération, de symptômes gastro-entériques et d'un engorgement douloureux du testicule gauche, que l'auteur soupçonna dépendre de la lésion du canal éjaculateur gauche pendant l'opération.

Les histoires de fœtus monstrueux qui terminent l'ouvrage sont assez intéressantes, et paraissent tracées avec beaucoup de soin et de précision. — Chez le fœtus qui fait le sujet de la première histoire, la bouche était imperméable; il n'existait aucune trace d'œsophage, des poumons, d'estomac, de foie, de rate et de pancréas;

les extrémités supérieures manquaient tout-à-fait; il n'y avait qu'un seul rein très-volumineux; le cœur n'avait qu'un seul ventricule et une seule oreillette; le tube intestinal consistait en un seul intestin fort court et fermé à son extrémité supérieure; le crâne était dépourvu supérieurement et antérieurement de parties osseuses; les méninges formaient un sac plein d'eau, et le cerveau sans circonvolutions était réduit aux parties qui sont situées à sa base, tandis que la moëlle épinière était au moins double en grosseur de l'état normal chez un fœtus de l'âge de celui-ci, c'est-à-dire de six à sept mois.

VARIÉTÉS.

Académie royale de Médecine.

Section de Médecine. — Assemblée générale du 1.er juin. — M. Moreau a lu, au nom de la commission de vaccine, un rapport sur l'état de la vaccine en France; il a ensuite proclamé les noms des médecins qui, par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, ont mérité des prix.

M. Guersent, élève interne à l'Hôtel-Dieu, a lu nne observation sur un anévrysme variqueux de l'artère et de la veine crurale.

Section de Médecine. — Séance du 8 juin. — M. Velpeau lit un mémoire sur l'engorgement lymphatique des membres abdominaux chez les femmes en couche. Il cite trois observations particulières sur ce sujet. Dans ces trois cas on a trouvé des altérations plus ou moins profondes de la symphyse sacro-iliaque du côté où existait l'engorgement du membre, des épanchemens purulens dans le péritoine, sur-tout autour des organes génitaux, des abcès disséminés dans le membre malade; enfin un mélange de pus et de sang concret, altéré, dans les veines de ce membre, avec trace évidente d'inflammation de leurs parois dans deux cas. M. Velpeau regarde dans ces différens cas l'altération des symphyses comme le point de départ de la maladie, laquelle s'est ensuite propagée au membre. Les veines, d'après lui, ne sont affectées que consécutivement, soit que le pus qui existait dans leur cavité y eût été introduit par voie d'absorption, soit qu'il y ait été primitivement formé, les veines se sont incomplètement oblitérées, et l'œdème du membre en a été le résultat. —

Ces faits confirment pleinement les recherches de M. Bouillaud, sur la cause d'un certain nombre d'hydropisies.

M. Renauldin lit, au nom de M. Bourgeoise, une observation sur un tœnia qui a été complètement expulsé à la suite de l'emploi de l'écorce de grenadier.

M. Ferrus présente un estomac qui, dans un point de son étendue, offre une destruction complète de la membrane muqueuse; au dessous d'elle il n'existe plus que quelques débris de la tunique musculaire; la membrane séreuse s'est seule conservée intacte.

— Il paraît que M. Broussais craint beaucoup pour *le Catéchisme de la médecine physiologique*; «qui donc le jugera comme il doit l'être? s'écrie M. Broussais; ce ne seront peut-être pas les Journaux de Médecine de Paris, parce qu'ils sont écrits sous l'influence des coteries........» Vous apprendrez donc qu'il y a dans notre capitale trois coteries médicales très-distinctes. « La plus puissante est celle des ontologistes fatalistes, qui ont élevé sur les débris de l'ancienne Faculté, renversée par l'ordonnance de décembre 1823, une école destinée à soutenir les vieux systèmes de médecine, en y associant toutefois la théorie rasorienne. Les humoristes, les pinélistes, les browniens, se sont ralliés à ce groupe; et comme ils agissent sous l'égide de l'autorité, ils espèrent anéantir la doctrine physiologique en s'opposant ouvertement, et sans se donner la peine de feindre, à l'enseignement qui la développe, et en retranchant des thèses qui leur sont présentées toutes les propositions et jusqu'aux expressions qui en portent l'empreinte. Cette coterie est chargée de la persécution des élèves. Elle fait fléchir toutes les autres, parce que la plupart de ceux qui les composent ont des prétentions à l'enseignement dont le monopole est désormais acquis à la Faculté. Déjà nous avons vu des médecins profondément instruits dans la doctrine physiologique, et qui depuis longtemps n'hésitaient plus à lui rendre un hommage public pour les nombreux succès qu'elle leur avait procurés, abjurer cette doctrine à l'aspect d'une chaire de la Faculté, et s'efforcer de la mériter en reprenant, devant leurs juges, ce langage obscur et barbare pour lequel ils avaient ouvertement témoigné le mépris le plus profond. C'est à ce prix que les médecins doivent acheter aujourd'hui les faveurs de la coterie toute-puissante que nous signalons. La seconde est celle des médecins de Montpellier. Paris en compte un assez grand nombre dans son enceinte: ils se sont réunis pour soutenir l'honneur chancelant de leur ancienne école. Ils versent également la critique et le sarcasme sur toutes les productions qui ne proviennent ni d'eux ni de leurs amis. Le pinélisme n'est pas plus respecté que la doctrine physiologique; et tout ouvrage qui n'a pas pour fondement les élémens, les génies, les entités mystérieuses, et qui n'est pas écrit dans un style vague, ampoulé, inintelligible, est par eux sacrifié sans aucun signe de pitié. La troisième, qui est la plus récente et la

plus faible, se compose des pillards de la médecine physiologique; ce sont les renards du jour : leur objet est de se servir de notre doctrine pour s'élever au-dessus de leurs concurrens. Mais comme il leur faut des places et des titres pour se donner l'importance qui conduit à la fortune, ils se gardent bien de heurter trop rudement les différentes sectes ; ils trouvent toujours, en même temps, dans les ouvrages qui en émanent, matière à la critique, à la louange, et même à l'admiration ; ils ont surtout le plus grand soin de prodiguer les épithètes flatteuses aux classiques renommés; de répéter à satiété que la doctrine physiologique est la conséquence nécessaire des travaux de toutes les sectes : qu'elle est extraite en partie de tels et tels auteurs; et ils se font réciproquement honneur de chacune des découvertes qui la rendent aujourd'hui si éclatante. Ces Messieurs s'imposent aussi la loi de répéter qu'ils ne sont pas exclusifs ; qu'ils professent l'éclectisme; et pour le prouver ils ont pris le parti d'adopter la plupart des vieilles dénominations, de concéder quelques fièvres essentielles aux anciens docteurs, qui sont bien loin de s'en contenter, et d'adopter des médications spécifiques, dussent-elles être contradictoires dans leurs effets. Ils ont autant de masques qu'il y a de puissances à ménager. Ils s'accordent généralement à reconnaître l'existence d'un grand nombre de *partisans fanatiques de M. Broussais*, et recommandent contre eux les précautions les plus grandes pour éviter la séduction. C'est à ce trait caractéristique que l'on pourra les reconnaître.

Les ontologistes fatalistes défendront la lecture du *Catéchisme* à leurs adeptes, parce qu'ils n'ont aucun moyen de le réfuter, le raisonnement ne trouvant point d'accès dans leur théorie. Les monspelliens de la vieille roche l'accueilleront avec des injures, et chercheront à le ravaler au-dessous des productions les plus chétives, parce qu'il est simple, clair, persuasif, et qu'il ne fait que trop bien sentir la futilité de leur phébus et les vices de leur pratique à élémens. Les pillards éclectiques auront l'air de lui prêter quelque attention; mais, tout en faisant leur profit des vérités qu'il contient, ils ne manqueront pas de le déchirer à belles dents, parce qu'il prouve l'unité de la doctrine physiologique, et que, s'il était lu, chacun d'eux se verrait arracher un fleuron de la couronne dont il a tant de plaisir à se parer. » (*Ann. de la Méd. physiol.*, avril 1824.)

Nous avons cru devoir citer ce passage en entier, parce qu'il nous a paru curieux sous plus d'un rapport. Nous n'ajouterons qu'une seule réflexion; c'est que si M. Broussais continue de se monter la tête, de s'échauffer l'imagination à ce point, et de s'isoler, comme il le fait, de tous les hommes instruits qui travaillent de bonne foi aux progrès de la science, il finira par propager peut-être plus d'erreurs qu'il n'en a détruit, et par perdre une grande partie de son crédit. Que signifient toutes ces déclamations, toutes ces injures, toutes ces récriminations? Ne peut-on donc être d'un avis opposé à celui de M. Broussais, sans être un *ontologiste*, un *fataliste*, un *monspellien*, etc. ? Ne peut-on adopter

quelques-unes de ses opinions sans être un *pillard?* et faudra-t-il louer aveuglément toutes les productions de l'école de M. Broussais? Qui veut trop prouver souvent ne prouve rien. Quand un homme se plaint de tout le monde, c'est ordinairement parce qu'il a l'esprit troublé, ou que sa conscience n'est pas tranquille.

— Un Journal a publié le tableau suivant sur la mortalité du Val-de-Grâce, pendant cinq années consécutives :

Années.	M. Vaidy.	M. Des Genettes.	M. Pierre.	M. Broussais.
1815	1 : 17.	1 : 19.	1 : 16.	1 : 11.
1816.	1 : 24.	1 : 22.	1 : 25.	1 : 19.
1817.	1 : 18.	1 : 20.	1 : 24.	1 : 14.
1818.	1 : 15.	1 : 16.	1 : 20.	1 : 12.
1819.	1 : 12.	1 : 22.	1 : 18.	1 : 8.

D'après ce tableau, M. Broussais perd constamment plus de malades que ses collègues, et la différence est même effrayante. Mais ce qui nous fait craindre que ce document ne soit point authentique, c'est que notre confrère n'a pas fait connaître la source d'où il l'a tiré; son importance devait pourtant commander plus de précautions. S'il était exact, la pratique de M. Broussais serait jugée d'une manière bien défavorable, et s'il est apocryphe, ce que nous n'osons croire, comment qualifier le procédé de celui qui l'a fait publier? Nous pensions que M. Broussais s'expliquerait au sujet de ce relevé, dans le dernier Numéro de son Journal, mais nous avons été trompés dans notre attente. L'accusation est cependant trop grave pour que ce médecin continue de garder le silence, et pour que le Journal accusateur n'indique pas la source où il a puisé.

— Un Journal a dit, en parlant du discours prononcé par M. le secrétaire-perpétuel de l'Académie royale de Médecine, lors de la séance publique, que « jamais, peut-être, depuis Vicq-d'Azyr, une Société de Médecine n'avait eu un organe plus digne, et entendu un langage plus noble et plus entraînant. » Nos confrères de la *Revue* sont trop jeunes sans doute pour avoir assisté à ces séances solennelles d'ouverture des cours de l'ancienne Faculté, où ils ont une mémoire bien infidèle s'ils n'ont conservé aucun souvenir des Thouret, des Fourcroy, des Leclerc, des Hallé, des Pinel, des Percy, des Dupuytren et autres, dont le talent brillait d'un si vif éclat, lorsqu'au commencement de l'année scholaire ils adressaient, au nom de la Faculté, à leurs collègues et à leurs nombreux élèves, des discours riches de faits, forts de choses, et aussi profondément pensés qu'élégamment écrits. Ainsi, dans une circonstance à-peu-près semblable à celle où nous venons d'entendre M. Pariset, parlant pour la première fois (le 13 octobre 1799) de l'esprit dans lequel avait été fondée l'école de Médecine, qui réunissait les

deux branches de l'art de guérir, M. Thouret rassemblait dans un discours plein d'élégance et de goût, les considérations les plus élevées sur les vues des législateurs qui avaient institué les trois nouvelles Écoles, sur l'amélioration qui avait été donnée par la loi à l'enseignement de notre art, sur les différences qui existaient entre l'état actuel de cet enseignement et ce qu'il avait été avant la révolution, et enfin sur les moyens pris par l'Ecole pour assurer dans son sein l'étude la plus étendue des diverses branches de la médecine. L'année suivante (le 15 octobre 1800), M. Fourcroy parcourait avec cette facilité, cette méthode, cet entraînement qui étaient le cachet de son talent, toutes les améliorations que l'art avait reçues dans cette célèbre École. Ce n'était point par les titres accumulés de ces améliorations, qu'il cherchait à frapper l'imagination de son auditoire; c'était son attention qu'il fixait et soutenait par l'exposition rapide et claire des recherches dont il rappelait les résultats; c'était une instruction solide qu'il avait la magie de faire pénétrer dans les esprits, en donnant à chaque objet le développement nécessaire pour le bien faire connaître, et surtout pour en faire conserver le souvenir. Plus tard, le 24 octobre 1801, M. Leclerc, dont le sens était si droit, le jugement si sûr, l'esprit si juste, l'instruction si variée, l'art de bien dire si remarquable, fit, à son tour, connaître tout ce qui avait contribué à l'agrandissement de l'instruction donnée par l'École; il exposa les faits nouveaux dont la science s'était enrichie, et donna un aperçu rapide des rapports entretenus par le corps enseignant avec les autorités qui, appréciant ses lumières et son expérience, ne manquèrent jamais de le consulter sur toutes les questions importantes de médecine légale et civile. Enfin, avec moins d'éclat dans le talent, avec moins de séduction dans l'art de transmettre ses idées en public, mais avec plus de profondeur, peut-être, M. Hallé, dans la séance du 27 décembre 1802, sut habilement faire l'éloge de l'ancienne Faculté de Médecine, de l'Académie royale de Chirurgie, de la Société royale de Médecine, et prouver que, digne héritière de ces corps illustres, la nouvelle École, avec plus de moyens de faire faire des progrès à la science, saurait, à l'aide de la Société académique formée dans son sein, faire fructifier et étendre tous ces moyens. Si nous voulions entrer aussi dans quelques détails sur les discours prononcés en pareille circonstance par MM. Pinel, Percy et Dupuytren, nous dirions que nul n'était plus capable que le premier de faire sentir l'excellence de la médecine hippocratique, et que nul n'a mieux réussi; que le second a loué M. Sabatier comme il méritait de l'être, c'est-à-dire, avec cette éloquence du cœur et de l'esprit, enrichie d'une érudition vaste et choisie; que le troisième enfin, qui doit aux épreuves des concours le haut rang qu'il occupe en chirurgie, a parlé de ce genre d'épreuves avec une supériorité, une conviction qui n'appartenaient qu'à l'homme distingué qui, par son mérite seul, a laissé derrière lui presque tous ses devanciers. Nos confrères de la *revue* ont-ils oublié aussi l'éloquence des Barthez, des Fouquet et des Dumas, qui ont répandu tant de

gloire sur la célèbre école de Montpellier? N'ont-ils point lu les brillans discours prononcés par M. Alibert à la Société médicale d'émulation? Voilà des orateurs dignes d'admiration et de beaux modèles à imiter! Personne plus que nous n'est disposé à payer au discours de M. Pariset le tribut d'éloges qu'il mérite, mais il nous paraît juste de faire la part de chacun, et de ne pas louer les uns au détriment des autres.

— M. Dubled vient de publier dans les *Annales* de M. Broussais, une observation d'inoculation de l'affection syphilitique; le sujet de l'expérience était M. Dubled lui-même. Du pus a été pris sur un chancre vénérien à l'aide d'une lancette, et a été inoculé dans la peau de l'avant-bras. Une vive douleur au moment de la piqûre a été le seul accident de cette opération. Le bras a été entouré d'un linge, et le deuxième jour la guérison était complète. Mais on assure que M. Dubled s'est refusé à se laisser inoculer d'après certaines conditions proposées par la commission de l'Académie royale de Médecine chargée de l'examen de cette observation. La commission demandait que l'inoculation fut faite sur le gland, le pénis étant dans un état d'érection. Il nous semble en effet qu'il était nécessaire de placer le sujet de l'expérience dans les mêmes conditions que les individus qui s'exposent à l'infection ou à la contagion syphilitique.

— M. Fages, l'un des professeurs de chirurgie les plus distingués de la Faculté de Médecine de Montpellier, vient de mourir. Parmi les prétendans à sa chaire, on cite déjà MM. Berard, professeur particulier de pathologie, Delmas, chef des travaux anatomiques à Montpellier, Provençal, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de la même ville.

— M. James Leroy nous adresse la réclamation suivante: « Dans le dernier Numéro des *Archives*, vous avez inséré un article relatif aux instrumens lithopriones ou lithontripteurs : bien que l'auteur, M. Heurteloup, eût une entière connaissance des discussions qui se sont élevées entre M. Civiale et moi, et qu'il sût parfaitement ce que chacun de nous a le droit de revendiquer, il a pensé devoir garder sur mon compte un silence absolu. Si je l'en crois, c'est par amitié pour moi, et seulement dans la crainte d'affaiblir ma défense, qu'il en a agi ainsi; je lui fais donc mes remercîemens, quoique je ne comprenne pas très-bien comment il se fait que je lui en doive; privé des secours de sa plume, je hasarderai quelques mots dans l'intérêt de ma cause. Mon intention n'est point d'entrer dans de grands détails; je rappellerai seulement que peu de jours après la lecture du rapport de M. Percy, je fis distribuer à l'Académie des sciences une réclamation dans laquelle j'avance, 1.° que M. Percy lui-même ignorait un mois avant de faire son rapport, le contenu du manuscrit de M. Civiale resté entre ses mains depuis 1818; 2.° que le célèbre rapporteur, d'après les idées vaguement exprimées dans le manuscrit, et les dessins qui y sont joints, avait toujours regardé comme impraticables les projets de M. Civiale, et que, c'est pour ce motif qu'il ne fit point de rapport à la Faculté de Médecine; 3.° que M. Civiale, dans l'espace de six ans, n'a point fait d'expériences sur les cadavres; qu'il n'a point fait exécuter d'instrumens propres à briser les calculs vési-

caux ; et que ce n'est qu'en 1822 qu'il est sorti de son inaction, lorsqu'il apprit que j'avais prouvé ce qu'il n'avait fait que soupçonner. L'Institut prenant en considération ma réclamation, la renvoya aux mêmes commissaires qu'il avait chargés d'examiner le procédé nouveau. Jusqu'ici M. Civiale ne m'a point fait de réponse, et son silence m'autorise à conclure que sous le triple rapport de la publication, de la fabrication des instrumens, et des expériences cadavériques, la priorité m'appartient. Pour tout le reste, je rends à M. Civiale la justice qui lui est due ; les heureuses tentatives qu'il a faites sur le vivant m'ont d'autant plus réjoui que j'avais à la réussite un intérêt direct ; j'ai même travaillé de tout mon pouvoir à éloigner les doutes que la merveilleuse histoire du haricot germé au contre d'un calcul avait fait naître dans quelques esprits trop sévères. Cependant je n'ai point rêvé la perfection du procédé à la propriété duquel l'un et l'autre nous avons des droits ; j'ai signalé quelques défauts qui m'ont, jusqu'à ce jour, empêché de le mettre en usage sur le vivant, et que je m'efforce en ce moment de faire disparaître. Que M. Civiale en fasse autant de son côté, qu'il agisse à mon égard avec franchise, alors la lutte qui s'est élevée entre nous tournera au profit de la science. »

— On trouve dans la *Gazzetta di Firenze*, du 13 novembre 1823, l'article suivant : « Imola, 7 octobre 1823 : Dans l'objet de rendre à la rare habilité de M. Joseph Giorgi, le tribut d'éloges qu'il mérite, et en même temps pour faire connaître, autant qu'il est convenable, le succès des heureuses opérations de lithotomie qu'il a exécutées dans cette ville où, depuis cinq ans, il remplit les fonctions de premier chirurgien, nous nous faisons un devoir de publier que cet habile opérateur a pratiqué onze opérations de lithotomie, dont la première par l'appareil latéral, la seconde suivant la méthode de Sanson, comme il conste de la lettre adressée par M. Giorgi à M. le professeur Vaccà Berlinghieri, en date du 6 mars 1823, publiée à Imola, et les neuf autres opérations suivant la méthode recto-vésicale pratiquée par le célèbre professeur de Pise. De tant d'individus opérés, il n'en est pas mort un seul ; et entre les neuf opérés selon la dernière méthode, que ce professeur a adoptée comme préférable à toutes les autres (*quoiqu'en disent plusieurs chirurgiens respectables et quelques praticiens attachés à leurs anciennes habitudes, ou d'injustes adversaires*), on compte un enfant de six ans, un enfant de six mois, un de cinq ans, un de neuf ans, un de quatre, une fille de douze ans, deux garçons de douze ans, et enfin un homme de cinquante-trois ans. La petite fille de douze ans fut taillée par la méthode vagino-vésicale. Tous les opérés vivent, et aucun n'est resté incommodé de la fistule ; accident qu'on exagère et redoute trop, et qui dépend souvent de l'opérateur. Mais les personnes qui attribuent à une méthode qu'ils n'entendent pas et qu'ils pratiquent mal, les conséquences de leur manière irrégulière d'opérer, si elles ont pu, jusqu'à présent, en imposer par leur opinion et par leurs écrits, elles seront finalement condam-

nées au silence par les résultats heureux de M. le professeur Vaccà, de M. Giorgi, etc.; résultats qui démontrent la valeur de la taille recto-vésicale; méthode heureusement adoptée et préconisée par le savant professeur de clinique chirurgicale à Pise. »

— On s'occupe avec succès, depuis quelque temps, du traitement des déviations de la colonne vertébrale. Plusieurs établissemens, formés d'abord pour la cure des pieds-bots, reçoivent maintenant et guérissent des bossus. Il existe à Paris plusieurs maisons de ce genre; il en existe aussi une à Morlay en Lorraine. On peut réduire à trois le nombre des procédés mis en usage. Les uns se servent de machines qui exercent une traction graduée et continuelle sur la colonne vertébrale; d'autres se contentent de fortifier par des exercices gymnastiques le côté du corps affaibli par l'inaction; enfin, quelques-uns rétablissent l'équilibre musculaire en faisant marcher tous les jours les malades à l'aide de béquilles, et chaque jour le plus long-temps possible. On fait encore usage de corsets propres à tenir la taille droite à mesure que la colonne se redresse. D'ici à peu de temps nous présenterons à nos lecteurs un travail sur ce sujet.

— M. le docteur Gratcloup, de Bordeaux, nous adresse quelques considérations suivies de cinq observations, sur la maladie dite *tachetée hémorrhagique de Werloff*; en voici les corollaires: 1.° cette affection a les plus grandes analogies avec le scorbut; 2.° elle naît sous les mêmes influences qui causent le scorbut; celui-ci la favorise; 3.° son siége est dans le système capillaire muqueux et dermoïde; 4.° les hémorrhagies dont elle s'accompagne démontrent cette proposition, et doivent être envisagées comme passives ou d'un caractère asthénique, puisqu'elles cèdent à l'emploi des toniques et des astringens; 5.° la maladie n'est pas contagieuse; 6.° elle est sporadique (Brachet); 7.° quoique idiopathique, elle peut succéder au véritable scorbut et à d'autres affections (Bellefonds, etc.); 8.° son prognostic est incertain; 9.° le traitement le plus avantageux qu'on puisse lui opposer consiste dans l'usage des antiscorbutiques, des toniques, du quinquina à haute dose, des boissons acidulées, des frictions excitantes, du régime fortifiant.

— M. Magendie publie dans le dernier Numéro de son Journal, deux notes fort curieuses sur les usages des nerfs de la première et de la cinquième paire. Il paraîtrait résulter des expériences de M. Magendie, que la première paire n'est pas le siége de l'odorat, et que la cinquième paire préside à l'olfaction, à la vision, à l'audition, au sens du goût, et à la sensibilité des parties où il se distribue; en un mot, que ces nerfs sont le siége de tous les sens. Leur section détermine peu-à-peu une inflammation vive du globe de l'œil, avec insensibilité complète de la partie enflammée. Les narines, la bouche, la langue présentent également des altérations remarquables. Nous ferons connaître ces résultats, avec plus de détails, lorsque le travail de M. Magendie sera terminé.

BIBLIOGRAPHIE.

Vade mecum du jeune médecin ; par F. M. T. Bourgeoise, *D.-M.-P. Deuxième édition.*

Malgré l'étendue en apparence très-grande de la science, les vérités fondamentales qui la composent sont encore en assez petit nombre, et pourraient être réunies dans bien peu de volumes, s'il était toujours possible de les séparer distinctement des erreurs qui les offusquent et qui en déroberont sans doute encore pendant long-temps, un grand nombre à nos regards. Beaucoup de médecins se complaisent dans cette idée qui en guide un bien plus grand nombre, en quelque sorte, à leur insu. Nul doute qu'il ne faille attribuer à cette disposition des esprits, et l'avidité avec laquelle sont accueillis les ouvrages qui permettent d'offrir, sous un petit volume, l'ensemble des faits connus, et l'ardeur avec laquelle plusieurs hommes d'un vrai mérite se livrent à leur composition. Si aucun d'eux n'a encore atteint complètement le but de ses efforts, chacun nourrit l'espoir bien franchement partagé par le public, de pouvoir y parvenir. Nous signalons avec plaisir, comme fort avancée dans la bonne route, la seconde édition du *Vade mecum* de M. Bourgeoise.

Le *Vade mecum* se divise en deux parties. La première a pour titre : *Précis de médecine ;* la seconde, *Abrégé de pharmacologie.* Le Précis de médecine, quoique traitant des maladies par ordre alphabétique, est cependant disposé de manière à réunir dans le même groupe la plupart des affections analogues; il offre, par conséquent, les avantages d'un Dictionnaire et d'un Traité méthodique. C'est ainsi, par exemple, qu'au mot *hémorrhagie*, on trouve la description de l'épistaxis, de l'hématémèse, de l'hémentérie, du flux hémorrhoïdal, de l'hématurie, des hémorrhagies sans nom particulier qui ont été observées dans les tissus cutané, séreux, cellulaire et synovial; des hémorrhagies qui ont lieu dans la profondeur des organes, telles que l'apoplexie cérébrale, pulmonaire, etc.; au mot *fièvre*, la description de toutes les affections qu'à tort ou à raison on continue encore à présent de ranger dans cette seule et même classe, pour laquelle M. Bourgeois adopte, à de légères modifications près, la classification du professeur Pinel. Les causes, les symptômes et le traitement des nombreuses maladies que renferme la première partie du *Vade mecum*, sont traités d'une manière aussi précise et aussi complète, malgré son extrême concision, que peut le comporter un pareil sujet. Libre de toute idée préconçue, ami de la vérité, l'auteur ne suit exclusivement aucune doctrine, et s'arrête franchement à ce qu'il croit être vrai. La deuxième partie, ou celle qui traite de la pharmacologie, est sur-tout remarquable en cela qu'elle renferme un choix très-bien fait de formules extraites d'un grand nombre de volumes où elles étaient éparses.

Rochoux.

Plantes usuelles des Brasiliens ; par M. Auguste de Saint-Hilaire, *correspondant de l'Académie des sciences. Première livraison. In-4.° avec cinq planches.* 1824. *A Paris, chez Grimbert, libraire, et chez Béchet jeune, libraire, place de l'Ecole de Médecine, N.° 4.*

La Flore d'Europe présente, pour le médecin-praticien, des végétaux qui peuvent remplir presque toutes les indications thérapeutiques qu'offrent les maladies. Aussi est-ce spécialement les plantes médicinales du pays où il exerce, que le médecin doit étudier. Néanmoins comme il existe encore un grand nombre de médicamens exotiques que les plantes européennes ne sont pas encore parvenues à remplacer, l'étude des substances médicinales que l'on tire des pays lointains mérite aussi de fixer son attention. Certes, nous possédons parmi les végétaux qui croissent en Europe, des substances amères, astringentes, toniques, émétiques, aromatiques, etc. ; mais cependant le quinquina, le café, l'ipécacuanha, la canelle, n'ont pu encore être remplacés, et long-temps encore on sera forcé de les aller chercher en Amérique et dans l'Inde. D'ailleurs, l'influence des climats exerçant une influence marquée sur les productions du règne végétal, les médicamens exotiques qui nous viennent des deux Indes, devront généralement avoir des propriétés plus actives que ceux de pays plus septentrionaux.

Graces soient rendues aux naturalistes qui, dans le cours de leurs lointains voyages, ont bravé tous les périls et supporté de longues fatigues, de cruelles privations, pour enrichir leur patrie de quelques productions utiles pour les arts ou le soulagement de l'humanité.

M. Auguste Saint-Hilaire, connu dans la science par d'excellens Mémoires de botanique, vient de parcourir pendant sept ans toutes les contrées du Brésil. Il en a étudié et décrit toutes les productions avec un soin et une exactitude parfaite. Pendant ce long voyage à travers un des pays les plus riches du globe, il a porté une attention particulière sur toutes les productions utiles, et spécialement sur les plantes médicinales. A son retour, il a résolu de publier un ouvrage sur les plantes médicinales du Brésil, envisagées sous les rapports botanique et médical.

La première livraison de cet ouvrage vient de paraître. Elle renferme cinq planches lithographiées, et la description détaillée de huit plantes médicinales employées au Brésil. Nous allons les passer rapidement en revue, et signaler ici ce qu'elles offrent de plus intéressant.

1.° *Strychnos pseudoquina*, ou *quina do Campo.* Nous avons déjà fait connaître, dans un des premiers Numéros de ce Journal, cette écorce dont on fait un fréquent usage au Brésil, où elle remplace les quinquina du Pérou et de la Colombie. C'est une exception bien remarquable que de voir une plante appartenant au même genre qui fournit la noix vomique, la fève Saint-Ignace, le bois de couleuvrée, et probablement la fausse angusture, n'offrir ni dans ses propriétés, ni dans sa composition

chimique, rien qui rappelle ses redoutables congénères. En effet, le *quina do Campo* est un médicament amer, tonique et fébrifuge, dans lequel il n'existe aucune trace de strychnine.

2.° *Cinchona ferruginea;* 3.° *cinchona Vellozii;* 4.° *cinchona remijiana.* Ces trois espèces nouvelles appartiennent au véritable genre *cinchona*, qui fournit les écorces de quinquina du commerce. Jusqu'à présent les espèces de ce genre n'avaient été trouvées que dans l'Amérique spagnole, c'est-à-dire, au Pérou, à la Nouvelle-Grenade, etc. C'est un fait de géographie botanique fort important, que la découverte de véritables espèces de quinquina dans les montagnes du Brésil. Leur écorce est amère et astringente, comme celle des quinquina de l'Amérique espagnole ; elle est employée comme fébrifuge par les habitans des contrées où croissent ces espèces. L'analyse chimique n'en n'a pas encore été faite, mais il est plus que probable qu'elle y fera découvrir les mêmes principes que dans les écorces du Pérou.

5.° *Exostemma cuspidatum;* 6.° *Exostemma australe.* Le genre *exostemma* n'est qu'un démembrement du genre *cinchona;* il renferme les espèces qui ont les étamines saillantes hors de la corolle. C'est à ce genre qu'appartiennent les écorces désignées sous les noms de quinquina pilon, quinquina des Antilles, qui sont loin d'avoir des propriétés médicales aussi énergiques que les quinquina de l'Amérique espagnole. Ils n'ont fourni à l'analyse chimique aucune trace de quinine ni de cinchonine. Les écorces des deux espèces nouvelles décrites par M. Auguste de Saint-Hilaire, sont moins astringentes et moins amères que celles des espèces du genre *cinchona*. Cependant au Brésil on les emploie dans les fièvres intermittentes, mais seulement à défaut de médicamens plus énergiques.

7.° *Evodia febrifuga.* Le genre *Evodia* appartient à la famille naturelle des Rutacées. L'écorce et même le bois de cette plante, dit M. Auguste de Saint-Hilaire, sont extrêmement amers et astringens ; on les substitue, avec beaucoup de succès, au quinquina du Pérou, sur-tout comme fébrifuges. L'efficacité de ce remède doit être d'autant moins révoquée en doute, que ces propriétés se retrouvent au même degré dans une autre plante de la même famille, le fameux *cusparé* ou *angusture vraie.*

8.° *Simaruba versicolor.* Les feuilles et l'écorce de cet arbre sont d'une amertume très-grande. Elles jouissent absolument des mêmes propriétés que celles du simarouba ordinaire, qu'elles peuvent remplacer dans tous les cas où l'on fait usage de ce dernier médicament.

Telle est l'énumération rapide des huit plantes décrites par M. de Saint-Hilaire, dans la première livraison de ses *Plantes usuelles des Brasiliens.* Ces huit espèces sont entièrement nouvelles. Les descriptions qui les accompagnent sont tracées avec une exactitude et des détails qui montrent en M. de Saint-Hilaire un botaniste profond et versé dans les rapports naturels qui unissent les différens végétaux. A ces descriptions botaniques sont joints des détails curieux sur la patrie de chaque végétal, sur son emploi médical, etc.

Cet ouvrage, qui ne formera qu'un petit nombre de livraisons, et qui présentera l'histoire des plantes du Brésil les plus intéressantes par leurs propriétés médicales, ne peut manquer d'être accueilli favorablement, non-seulement par les botanistes de profession qui y trouveront des observations importantes sur les espèces, les genres et les familles naturelles qui y sont mentionnées, mais encore par les médecins et les pharmaciens auxquels il offrira de nouvelles ressources pour la thérapeutique et l'histoire de médicamens nouveaux, dont plusieurs commencent à se répandre dans le commerce. Nous faisons donc des vœux bien sincères pour que cet ouvrage important soit encouragé et obtienne le succès que lui méritent son utilité et les talens de son auteur. A. RICHARD.

Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertébrés; par P. FLOURENS. *Un vol. in*-8.° *de* 331 *pages. A Paris, chez Crévot, libraire-éditeur.*

L'ouvrage que nous annonçons se compose de plusieurs mémoires lus à l'institut par M. Flourens, et qui renferment une série de faits nombreux dont l'auteur a déduit des conséquences que nous allons rappeler succinctement, en y joignant quelques-unes des réflexions qu'elles nous ont suggérées. Le premier mémoire a pour objet la détermination du siége où résident les facultés de sentir et de se mouvoir, propriétés du système nerveux essentiellement différentes l'une de l'autre. Il a conclu de ses expériences que les nerfs spinaux, la moelle épinière, la moelle alongée, les tubercules quadrijumeaux, sont les parties qui possèdent la propriété d'exciter immédiatement les contractions musculaires sans perception de sensation, et que la faculté de lier ces contractions en mouvemens d'ensemble, réside dans la moelle épinière. En conséquence de cette propriété, M. Flourens avait dit d'abord que ces diverses parties étaient *irritables*. (*Voy.* le tome premier des *Archives* dans lequel ce mémoire est inséré en entier.) Mais cette application nouvelle d'une expression dont le sens est fixé dans le langage médical, pouvait donner lieu à des contradictions choquantes : c'est pourquoi il a substitué le mot *d'excitabilité* à celui d'irritabilité qu'on y trouve souvent répété, et qui ne peut que jeter de la confusion dans les idées. Recherchant les fonctions particulières départies à chaque portion du systeme cérébro-spinal, d'autres expériences lui ont appris que les lobes cérébraux sont le siége exclusif des sensations et des volitions; que leur ablation totale entraîne avec elle l'abolition de la vue, celle de l'œil droit seulement, si le lobe gauche seul est enlevé, *et vice versâ*: il en est de même pour l'ouïe; que le principe qui coordonne les mouvemens musculaires, en marche, saut, vol, station, et ceux relatifs à la préhension, est placé dans le cervelet; qu'aux tubercules quadrijumeaux appartient le principe primordial des contractions de l'iris; que la moelle alongée est absolument indispensable à l'exécution des mouvemens spontanés ou voulus.

Nous ne contesterons pas l'exactitude des résultats qui viennent d'être énoncés; nul doute qu'on les observe en pratiquant les expériences rapportées par M. Flourens. Cependant nous pensons qu'on ne doit pas en faire une application trop absolue aux lois de notre organisation, et qu'il ne faut pas admettre rigoureusement les conséquences qui semblent en découler. Ainsi, par exemple, il est généralement reconnu qu'une section complète et subite de la moelle épinière en deux moitiés, détruit complètement l'action de la partie séparée du cerveau, et que la paralysie des membres inférieurs en est immédiatement la suite. Néanmoins, lorsque l'interruption de continuité de la substance médullaire de la moelle rachidienne est le résultat d'une altération dont les progrès ont marché avec une extrême lenteur, il peut arriver que le malade conserve la faculté de sentir et d'exécuter des mouvemens volontaires, quoiqu'il y ait une portion de la moelle, entièrement isolée de la partie du système cérébro-spinal, qui détermine la volition et les sensations. Ce phénomène, constaté par plusieurs exemples que nous avons consignés dans un autre ouvrage, et si contraire à ce qu'on remarque journellement, ne peut s'expliquer qu'en admettant que les diverses portions de la moelle rachidienne peuvent jouir d'une activité spéciale, indépendante du reste du système cérébro-spinal, mais qui ne se manifeste qu'autant que la communication de ces diverses portions, que la continuité de la moelle épinière, en un mot, n'est pas détruite tout-à-coup. En dernière analyse, ces observations et plusieurs autres, (*voy.* par ex. le dernier n.° des *Archives*), font voir que quelle que soit l'analogie qu'il y ait entre certaines lésions matérielles d'un organe, opérées au moyen des vivisections, et celles qui sont produites dans le même organe, chez l'homme, par une cause morbide particulière, elles n'agissent pas de la même manière, et il est loin d'en résulter la même analogie dans les phénomènes qui se manifestent alors, soit que cela dépende d'une différence inhérente à notre organisation, soit que l'état de maladie modifie les propriétés et les fonctions de l'organe affecté.

Il résulte du second mémoire, d'abord, que les lobes cérébraux sont également le siége de l'odorat et du goût, et que ces deux sens éprouvent, par l'effet de certaines mutilations, des altérations analogues à celles qu'on observe dans le même cas pour l'ouïe et la vue. Nous ferons à ce sujet une remarque, c'est que l'ablation des lobes cérébraux abolit les sens du goût, de l'odorat, de l'ouïe, quoique l'origine particulière des nerfs qui président à ces sensations, ne soit pas dans les lobes cérébraux, mais bien dans la moelle alongée; et qu'on soit par conséquent plus naturellement porté à admettre, d'après ce qu'apprend l'anatomie, que le siége de ces diverses sensations réside dans la partie de la masse cérébrale d'où leurs nerfs dérivent. En second lieu, la lésion des lobes cérébraux, du cervelet et des tubercules quadrijumeaux a un *effet croisé*, c'est-à-dire, que les symptômes qu'elle détermine se manifestent du côté opposé seulement; que cet effet est au contraire *direct*, pour la moelle alongée et

la moelle épinière, c'est-à-dire, que la paralysie ou les convulsions ont toujours lieu du même côté que la lésion. Ce second mémoire est suivi d'un supplément qui contient les résultats suivans, qui sont intéressans quant à leur application à la pathologie : 1.° les lésions des lobes cérébraux, des tubercules quadrijumeaux, du cervelet (quand elles ne dépassent pas certaines limites), sont suivies de guérison de l'organe avec réintégration complète de la fonction; 2.° une portion assez restreinte, mais déterminée de ces organes, suffit au plein et entier exercice de leurs fonctions. Après avoir reconnu l'influence qu'exerce le système cérébro-spinal sur les mouvemens dits volontaires, il s'agissait d'étudier celle qu'il exerce sur les mouvemens involontaires ou de conservation, c'est-à-dire, sur la respiration et la circulation. M. Flourens a conclu que, de même qu'il existe pour les mouvemens volontaires un organe particulier qui les coordonne (le cervelet), de même les mouvemens involontaires ont un organe régulateur, qui est la moelle alongée, dont les limites sont d'un côté les tubercules quadrijumeaux, de l'autre, l'origine des nerfs de la huitième paire inclusivement; que les portions dorsale et cervicale de la moelle rachidienne interviennent comme agens immédiats et déterminés de certains mouvemens respiratoires; que la moelle alongée y intervient seule comme premier mobile et comme principe régulateur, ainsi que dans plusieurs actes qui dépendent de la respiration, comme le cri, le baillement, certaines attitudes, certaines déjections. Quant à la circulation, le système nerveux ne l'influence que d'une manière médiate et consécutive; car l'auteur a vu cette fonction survivre un temps considérable chez des animaux qui venaient de naître, quoique tout leur système nerveux fût déjà détruit, et que par conséquent tout leur sang fût noir. Cependant la circulation n'est pas moins dans une dépendance réelle du système nerveux, puisqu'elle se concentre et s'affaiblit à mesure qu'on effectue la destruction de ce système : cet effet se remarque presque subitement d'abord dans la circulation capillaire qui annonce en quelque sorte ainsi l'atteinte portée à la circulation générale. On voit que les expériences de M. Flourens sont confirmatives de celles de Wilson Philip, mais qu'elles infirment celles de Legallois, qui pensait que le principe de la circulation dépendait *immédiatement* de la moelle épinière tout entière. Dans un simple aperçu d'un travail plus étendu, que l'auteur se propose de publier sur le grand sympathique, il annonce, contre l'opinion de Bichat, Lobstein et Wutzer, que le ganglion semi-lunaire est constamment et très-énergiquement excitable; que les autres ganglions ne le sont que de loin en loin, et à un degré très-faible, et qu'ainsi ils transmettent à l'animal les impressions ou irritations qu'ils éprouvent. Enfin, dans un dernier mémoire, M. Flourens a exposé les expériences qu'il a tentées dans le but de déterminer l'action de certaines substances sur le système cérébro-spinal, et qui l'ont conduit à conclure : qu'à une dose déterminée, l'opium, la jusquiame, la laitue vireuse, agissant exclusivement sur les lobes cérébraux; la belladone sur les tubercules qua-

drijumeaux; l'alcohol, le camphre sur le cervelet; la noix vomique, sur la moelle alongée; qu'il en résulte des phénomènes propres aux fonctions de chacune de ces parties, et qui sont absolument les mêmes que ceux causés par la lésion mécanique de ces parties; que l'altération physique que ces substances déterminent dans l'organe, consiste dans une tache d'un rouge vineux, due à une injection des vaisseaux capillaires de la partie. Nous nous bornerons à ce résumé succinct de l'ouvrage de M. Flourens; il suffira pour donner une idée de son importance, et pour le signaler parmi les travaux publiés sur le système nerveux, comme un de ceux qui offrent le plus d'intérêt sous le double rapport de la physiologie et de la pathologie, quoique nous pensions qu'il soit difficile, d'après l'état actuel de la science, d'admettre sans restriction toutes les conclusions adoptées par l'auteur. OLLIVIER, d'Angers.

Essais sur la Médecine du cœur, auxquels on a joint les principaux discours prononcés à l'ouverture des cours d'anatomie, d'opérations et de chirurgie clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon; par MARC-ANTOINE PETIT. *Deuxième édition. Un vol. in-8.°*

M. A Petit a laissé des souvenirs honorables plutôt que des preuves nombreuses de l'habileté avec laquelle il a exercé et professé la chirurgie. Ravi à la science par une mort prématurée, le temps lui a manqué pour rédiger les résultats de son expérience; et cependant peu d'hommes ont joui d'une célébrité moins contestée; on peut en trouver la cause dans son mérite littéraire qui a jeté un si vif éclât sur sa gloire comme praticien. Il publia, comme on sait, sous le titre d'*Essai sur la médecine du cœur*, des épîtres où il expose les difficultés et les chagrins attachés à l'exercice de la médecine, ainsi que les devoirs nombreux et sacrés que s'impose celui qui veut s'y consacrer. Ces épîtres, où les conseils qu'il donne à son jeune élève sont embellis des charmes de la poésie, ont obtenu le succès le plus distingué à l'époque où elles parurent pour la première fois. L'auteur y avait joint quelques discours qu'il avait prononcés, et où l'on remarque l'imagination la plus brillante et l'empreinte de cette sensibilité profonde qui donnait à l'amour de Petit pour l'humanité les caractères d'une véritable passion. Parmi ces morceaux, on doit distinguer particulièrement le discours sur la douleur, et le compte-rendu des maladies observées à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Si le premier n'est plus tout-à-fait au niveau de l'état actuel de la science, il offre une foule d'idées ingénieuses présentées sous les couleurs les plus attrayantes de style. Le second discours est d'une forme plus sévère, convenable au sujet. Petit y retrace avec précision et clarté les faits principaux de chirurgie qu'il a observés, et les résultats généraux de sa pratique pendant ses neuf années d'exercice dans l'Hôtel-Dieu de Lyon. Cet exposé donne l'idée la plus avantageuse des connaissances et de l'habileté de

Petit. Parmi les inventions utiles qu'on lui doit, on peut citer la méthode de vider les abcès froids par la ponction et les ventouses, la réunion immédiate des plaies de poitrine, la suture des tendons, l'application du vésicatoire au centre des érysipèles phlegmoneux, si toutefois le raisonnement et l'expérience ne doivent pas faire rejeter ce dernier moyen. On doit surtout rappeler, à la gloire de Petit, que le premier il a donné l'exemple de ces comptes-rendus qui étendent l'expérience acquise dans de vastes hôpitaux au-delà de leur propre enceinte. Cet acte est devenu obligatoire pour les succcesseurs de Petit. Pourquoi la ville de Lyon est-elle la seule qui jouisse de cette utile institution. Petit n'a pas moins servi la science en faisant établir le concours pour la place de chirurgien-major de l'hospice de Lyon, concours dont il sortit vainqueur. Il serait inutile de faire sentir les heureux résultats d'une mesure semblable. Les hommes recommandables qui ont succédé à Petit les ont fait juger. L'intrigue et la médiocrité peuvent seuls redouter les concours et les faire repousser par l'autorité Telle est l'influence d'un homme d'un mérite vraiment supérieur, qu'elle se fait sentir encore long-temps après lui. Ses successeurs font tous leurs efforts pour ne pas paraître indignes de la place qu'il a occupée. Cette place sera encore remplie avec distinction aujourd'hui, si nous en jugeons par le discours que M. Mortier, désigné comme chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, vient de prononcer récemment à son entrée en exercice. Ce discours, noblement écrit, renferme les idées les plus saines et les mieux exprimées sur la science dont il va mettre les préceptes en pratique (1).

En annonçant la réimpression de la *Médecine du cœur*, qu'on regrettait de ne plus trouver dans le commerce, nous devons parler d'un nouvel hommage rendu à la mémoire de Petit par un jeune homme qui entre dans la carrière qu'a parcourue cet homme célèbre, et qui, à son exemple, donne ses loisirs à la poésie (2); cependant nous devons l'avertir que les muses sont jalouses et qu'elles veulent un culte exclusif. Quelque talent que l'on remarque dans les épîtres publiées par Petit, ce n'est pas comme poëte qu'il a des titres à la gloire.

Des diverses méthodes d'exploration de la poitrine, etc.; par V. Collin. *Brochure de 120 pages. Chez Baillière, libraire.*

Après avoir examiné les différens mouvemens respiratoires dans

---

(1) *Discours prononcé par M. Mortier*, D.-M.-P., à son entrée en exercice comme chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 30 décembre 1823, imprimé par ordre de l'administration. Lyon, 1824.

(2) *Epître à Marc-Antoine Petit*, par A. M. F. Chambeyron, élève interne des hôpitaux et hospices civils de Paris.

l'état sain et dans l'état morbide, l'auteur traite successivement des signes fournis par la *percussion* et *l'auscultation médiate*; il passe ensuite en revue toutes les maladies thoraciques, et cherche à les distinguer les unes des autres, en assignant à chacune ses caractères propres. Ce petit ouvrage peut être considéré comme un extrait fort bien fait de la partie de l'ouvrage de M. Laennec, relative au diagnostic des maladies de la poitrine. Il sera très-utile aux élèves qui suivent les cours de clinique, et aux médecins qui veulent se familiariser avec l'emploi du stéthoscope. G.

Nouveau Guide de l'étudiant en médecine; par M. le docteur BEULLAC. *Un vol. in-12. Chez Béchet jeune, libraire.*

Cet ouvrage est du nombre de ceux qui, quoique n'étant pas destinés par leur nature aux progrès de la médecine, n'en ont pas moins une utilité réelle. La tâche que s'est imposée M. Beullac était difficile à remplir; plusieurs médecins distingués avaient déjà échoué dans ce genre de travail. Pour faire un bon livre sur un pareil sujet, l'on doit être généralement d'accord sur le mérite des ouvrages qu'on doit mettre entre les mains des élèves, et après avoir discuté avec la plus grande impartialité la doctrine professée dans les principales Écoles de médecine, prendre de chacune d'elles ce qu'on y trouve de plus conforme à l'observation. Malheureusement les hommes sont faits de manière qu'ils sont plutôt prêts à fronder l'opinion d'autrui, qu'à s'attacher à mieux faire. M. Beullac n'a pas cru devoir suivre un plan si étendu. Il s'est borné à donner un extrait de l'ordonnance de 1823, sur l'organisation de la Faculté de Médecine de Paris, une classification des sciences médicales, une notice sur les ouvrages qui doivent composer la bibliothèque de l'élève, notice à laquelle n'a pas toujours présidé le bon goût, ainsi qu'un tableau des cours publics et particuliers, un aperçu des principaux hospices civils de Paris, etc. Nous aurions tort de nous montrer sévère pour un ouvrage auquel l'auteur paraît n'avoir attaché aucune prétention; M. Beullac est sans doute dans le cas de mieux faire; nous aimons à lui rendre cette justice, et à convenir en même temps que son travail, tel qu'il est, offre quelques analyses bien faites et diverses notions qui ne peuvent qu'être utiles aux élèves. JULIA-FONTENELLE.

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.° 20.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

Observations relatives à la perforation du parenchyme du poumon, par suite de la fonte d'un tubercule ouvert dans la cavité des plèvres; par M. Louis.

M. le professeur Laennec a fixé, dans ces derniers temps, l'attention des médecins sur un accident très-grave qu'on observe quelquefois dans le cours de la phthisie pulmonaire, et qui peut en accélérer de beaucoup le terme fatal; nous voulons parler de la perforation du parenchyme de l'un des poumons par suite de la fonte d'un tubercule qui fait irruption dans la cavité des plèvres. Cet accident offre deux variétés principales: tantôt l'excavation tuberculeuse communique avec les bronches, tantôt cette communication n'a pas lieu; mais dans l'un et l'autre cas, le moment de la perforation est souvent marqué par des symptômes très-graves, et suffisans, quand ils sont bien marqués, pour en établir le diagnostic, ou du moins le rendre très-probable. Ces symptômes n'ont pas encore été signalés, et c'est pour concourir à combler cette lacune que nous publions les quatre observations suivantes, que nous avons recueillies à l'hôpital de la Charité.

I.re *Obs.* — *Phthisie pulmonaire; excavation tuberculeuse communiquant avec les bronches, ouverte dans la plèvre du côté gauche*, etc. — Un homme âgé de 36 ans, d'une petite taille, d'un caractère violent, fut reçu à l'hôpital de la Charité le 16 septembre 1822 (service de M. Chomel). Il était sorti depuis quelques jours de la prison de Poissy, où il avait passé cinq mois par suite de condamnations judiciaires, et avait contracté peu après son arrivée un rhume qui avait fait de continuels progrès. L'amaigrissement s'était prononcé dès le début, et depuis deux mois le malade avait des frissons plusieurs fois répétés dans le cours de la journée, des douleurs à l'épigastre, des selles liquides et fréquentes. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris *subitement*, à la suite de vomissemens attribués à la vapeur du charbon, d'une violente douleur dans le côté gauche de la poitrine, accompagnée d'étouffemens et d'une extrême anxiété. Ces symptômes avaient conservé la même violence pendant les premières vingt-quatre heures, après quoi ils avaient perdu un peu de leur intensité. Le troisième jour à compter de leur apparition, le malade, dont l'habitation était distante de 300 pas de l'hôpital, y vint à pied, seul, mais en une heure et demie environ. Le lendemain de son arrivée, la douleur de poitrine et l'anxiété continuant à un degré considérable, on appliqua 20 sangsues au côté douloureux. Le surlendemain, figure fatiguée, pâle; orthopnée, respiration haute et fréquente, douleur vive dans tout le côté gauche de la poitrine qui rendait un son très-clair, plus clair même que le côté opposé, mais on n'y entendait pas la respiration; d'ailleurs, point de tintement métallique dans l'inspiration ou l'expiration, l'exercice de la parole ou la toux; élargissement des espaces intercostaux devenus aussi plus saillans; toux rare, quelques crachats pelotonnés; pouls à 120 pulsations par minute; battemens du cœur à peine entendus à la région précor-

diale; langue dans l'état naturel, bouche pâteuse, soif vive, anorexie presque complète, pesanteur à l'épigastre après le repas, douleur par la pression dans cette partie, comme depuis deux mois. (*Saignée de dix onces, potion gomm., julep, infusion de viol. avec le sirop de gomme.*) — Le 20, les symptômes étaient à-peu-près les mêmes, et on fit une nouvelle application de sangsues au côté gauche qu'on trouva de trois-quarts de pouce plus large que le droit. Le lendemain on y appliqua un vésicatoire. — Le 25, le pouls était tombé à 92 pulsations par minute; la dyspnée variable, quelquefois excessive; le décubitus comme le premier jour; la saillie du côté gauche de la poitrine encore plus sensible que précédemment; les résultats de l'auscultation et de la percussion toujours les mêmes. Les symptômes offrirent peu de variations les jours suivans, et à raison de la mauvaise humeur et de l'indocilité du malade, on ne pratiqua l'auscultation que le 5 octobre; alors on entendait dans le quart supérieur de la poitrine du côté gauche, une espèce de murmure confus, et au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, pendant l'exercice de la parole, le tintement métallique. Dans le même point et au-dessous, la percussion rendait un son fort obscur, tandis qu'elle était fort claire antérieurement là où le tintement métallique n'existait pas; la douleur avait disparu, le bras gauche était infiltré dans toute son étendue. Le 7, tintement métallique cinq pouces au-dessous de l'aisselle et dans presque toute l'étendue de la poitrine en arrière; le 8, le tintement était manifeste immédiatement au-dessous de l'aisselle, la percussion très-sourde antérieurement; un érysipèle s'était manifesté au pli du bras gauche et parcourut ses périodes comme dans l'état de simplicité. Le 13, la percussion pratiquée en arrière à gauche ne rendait aucun son dans toute la hauteur de la poitrine, était fort sonore sous l'aisselle et antérieurement jusqu'au-dessous du sein; on entendait le

tintement métallique sous l'aisselle et au niveau de la mamelle, mais pas ailleurs. Le 14, le tintement métallique n'existait que dans un très-petit espace au-dessous du mamelon. La faiblesse du malade devint chaque jour plus considérable, l'œdème du bras gauche augmenta. Le 18, on observa un peu de rougeur et de gonflement aux cuisses : ces symptômes étaient plus prononcés le 19. Le 20, la poitrine continuait de rendre un son très-clair à gauche, depuis le sein jusqu'à la clavicule, et il n'y avait de tintement métallique dans aucun point. Le 21, la figure du malade était profondément altérée, son crachoir renfermait des matières sanieuses pareilles à celles qu'on trouve dans les excavations tuberculeuses ; il mourut à trois heures après midi, trente-huit jours après le début des accidens qui annonçaient la perforation du poumon gauche. Pendant le séjour du malade à l'hôpital, l'appétit avait été alternativement nul et assez prononcé, l'épigastre douloureux à la pression ; les alimens les plus légers, la soupe, etc., y produisaient de la pesanteur ; les selles furent plus ou moins fréquentes, les crachats généralement peu abondans, les sueurs médiocres.

L'autopsie fut faite 17 heures après la mort. Infiltration considérable des membres abdominaux, surtout du côté gauche, où les glandes inguinales étaient plus roses et plus développées qu'à droite ; au bras gauche, là où était l'érysipèle, peau encore un peu rouge, épaisse d'une ligne environ, et immédiatement au-dessous, pus ferme, concret, formant une couche de plus d'un demi-pouce d'épaisseur, comme déposé au milieu de la sérosité. Tissu sous-arachnoïdien médiocrement infiltré ; trois cuillerées à café de sérosité dans les ventricules latéraux du cerveau qui étaient d'une consistance séreuse. — Du côté gauche de la poitrine, quatre pintes au moins d'un pus verdâtre, sans odeur, surmonté de quelques bulles d'air ; le poumon correspondant adhérait, par son sommet,

aux parois de la poitrine, était aplati contre la colonne vertébrale, avait deux pouces et demi de largeur dans sa partie la plus épaisse, offrait en arrière, vis-à-vis l'angle de la troisième côte, une ouverture arrondie de 4 lignes de diamètre, qui était l'orifice d'une espèce de canal de même largeur, long d'un pouce et demi, dans lequel se rendait une des principales divisions bronchiques. Ce canal était garni d'une membrane mince qui recouvrait des granulations nombreuses, ou le tissu pulmonaire sain, et avait bien évidemment succédé à une cavité plus ample et successivement rétrécie par la compression de l'air et du pus. On remarquait encore plusieurs petites excavations tuberculeuses incomplètement vidées au sommet de ce même poumon qui offrait dans le reste de son étendue beaucoup de granulations grises demi-transparentes; une fausse membrane d'une ligne d'épaisseur le recouvrait ainsi que la partie correspondante du thorax dans toute leur étendue. Il y avait au sommet du poumon droit quelques tubercules suppurés, et une dépression correspondante à un amas de substance semi-cartilagineuse, enveloppée d'une matière noire et aride.—Membrane muqueuse des bronches, d'un rouge vif, ulcération superficielle d'un pouce de haut sur un demi-pouce de large à la partie inférieure de la trachée, sur sa portion charnue.—Quelques onces de sérosité dans le péricarde; cœur et aorte sains.—Le foie et le pancréas dans l'état naturel; la rate volumineuse et facile à réduire en putrilage; l'œsophage sain; l'estomac médiocrement distendu par un liquide veineux; sa membrane muqueuse, très-molle dans le grand cul-de-sac, où elle présentait quelques taches rouges, avait ailleurs une consistance et une épaisseur convenables; elle était ulcérée, entièrement détruite dans une surface de deux pouces à la partie inférieure du grand cul-de-sac, et le tissu sous-muqueux correspondant manquait dans quelques points; trois larges ulcéra-

tions circulaires dans le dernier quart de l'intestin grêle, et entre elles beaucoup d'autres petites et des granulations opaques, tuberculeuses; parmi lesquelles plusieurs étaient ulcérées à leur sommet; quelques ulcères dans le colon ascendant; la muqueuse colique ramollie dans toute son étendue.

II.e *Obs.* — *Phthisie pulmonaire, petite excavation tuberculeuse ouverte dans la plèvre du côté droit sans communication avec les bronches*, etc. (1). — Une couturière âgée de 45 ans, d'une constitution assez forte, quoique ayant toujours eu des digestions plus ou moins difficiles, éprouvait depuis quinze mois tous les symptômes de la phthisie pulmonaire quand elle fut reçue à l'hôpital de la Charité le 4 juin 1823; elle avait eu, à des intervalles de plusieurs mois, des hémoptysies durant huit jours, assez souvent, et depuis quatre mois surtout, des douleurs sur les côtés de la poitrine; elle avait maigri, perdu l'appétit, vomissait tout ce qu'elle prenait, avait des frissons et des sueurs presque continuels depuis 4 mois, et depuis 3 des douleurs à l'épigastre, de fréquentes coliques et souvent des selles glaireuses et sanguinolentes. Le 9 juin, son teint était un peu jaunâtre, sa maigreur médiocre; il y avait de la céphalalgie, des douleurs dans les membres, peu d'appétit; la langue était naturelle, les boissons froides insupportables; l'épigastre, très-sensible à la pression, ne rendait aucun son, et à droite sous le rebord des côtes, il y avait une rénitence large et profonde; les crachats étaient mousseux, blancs ou verdâtres, et sous la clavicule gauche, où la malade éprouvait des douleurs presque continuelles depuis trois mois,

(1) Cette observation fait partie de notre mémoire sur l'amincissement et la destruction de la membrane muqueuse de l'estomac, mais nous avons cru devoir la reproduire ici, en rétablissant les détails relatifs à la perforation du poumon, détails que nous avions en grande partie supprimés.

la percussion était entièrement mate, dans la hauteur de trois pouces; la respiration trachéale, la pectoriloquie étaient évidentes; il y avait un peu de gargouillement. Du côté droit, la respiration était naturelle. (*Polygala, sirop de gom., julep, 3 crêmes de riz, 2 bouillons.*) — Les jours suivans, la diarrhée fut assez forte, et du 18 au 20 les nausées continuelles, l'anorexie complète. Deux ou trois jours après l'usage d'une potion gommeuse avec le sirop diacode, les symptômes se modérèrent, l'appétit revint, la malade fut mise au quart de portion, n'éprouvant qu'un peu de pesanteur à l'épigastre après le repas; la percussion et l'auscultation donnaient à-peu-près les mêmes résultats que le premier jour. — Le 20 juillet, au milieu d'un calme assez profond, la malade sentit à onze heures du matin, près de l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit, une douleur modérée, puis, et *tout-à-coup*, cette douleur devint extrêmement violente, accompagnée d'étouffement, d'anxiétés, de toux continuelle avec obligation de se tenir à son séant. Ces symptômes persistèrent à-peu-près au même point pendant la nuit, et souvent la douleur avait semblé se répandre du dos dans toute la poitrine jusque vers l'ombilic, pour revenir en quelque sorte à son point de départ. Le lendemain matin, 21, nous trouvâmes la malade assise à son séant, la respiration extrêmement gênée, courte, haute, répétée 52 fois par minute; elle se plaignait d'étouffer, de ne pouvoir trouver une bonne position; la figure était altérée sans offrir néanmoins l'expression d'une profonde souffrance, la douleur du dos vive, et le moindre choc sur le côté droit du thorax insupportable. La percussion y rendait un son clair, plus clair qu'à gauche, même dans les points les plus sonores; mais on n'y entendait pas la respiration, excepté un peu en arrière et en haut; il n'y avait pas de tintement métallique; le pouls était extrêmement petit et faible, régulier néanmoins, et battait

128 fois par minute; palpitations continuelles. — Les mêmes accidens persistèrent les jours suivans; l'anxiété devint plus insupportable, les résultats tirés de la percussion furent les mêmes, et après les plus cruelles angoisses, quelquefois interrompues par un assoupissement de peu de durée, la malade mourut le 23 à midi, trois jours après le début de la douleur du dos.

Autopsie 20 heures après la mort. — Rien de remarquable à l'extérieur du corps; deuxième degré de marasme.—Infiltration du tissu sous-arachnoïdien, substance corticale du cerveau un peu rosée. — La trachée-artère et le larynx dans l'état naturel. — Une incision pratiquée au côté droit de la poitrine donna issue à un gaz sans odeur qui sortit en sifflant, et occupait au moins les deux tiers de la cavité avant qu'elle ne fût ouverte. Environ quatre onces de sérosité trouble dans la gouttière vertébrale; cette partie et celles qui l'avoisinaient étaient tapissées par une fausse membrane molle et mince. Le sommet du poumon adhérait dans la hauteur de trois pouces aux parties environnantes, au moyen d'une fausse membrane semi-cartilagineuse, d'une demi-ligne d'épaisseur. Immédiatement au-dessous et en arrière était une ouverture de trois lignes de diamètre, arrondie, formant l'orifice d'une petite excavation vide, tapissée par une fausse membrane très-mince, appliquée sur le parenchyme sain du poumon. Cette petite cavité ne communiquait ni avec les bronches, ni avec une excavation très-considérable placée immédiatement au-dessus, laquelle était recouverte d'une double membrane, l'une molle, l'autre semi-cartilagineuse; les trois quarts inférieurs de ce poumon ne contenaient que quelques granulations grises et demi-transparentes. Le poumon gauche adhérait aux parois thorachiques dans sa moitié supérieure, offrait à son sommet une large excavation communiquant avec d'autres beaucoup plus petites et avec les bronches, et

dans les deux tiers supérieurs une foule de granulations grises au milieu d'une substance un peu jaunâtre, humide, demi-transparente, ferme, homogène et entièrement dépourvue d'air; le reste du poumon rouge et hépatisé; les bronches d'un rose vif. — Le foie était volumineux, dépassait le rebord des côtes, recouvrait l'estomac, s'étendait jusque près de l'ombilic, était inégal et offrait de profonds sillons à droite du ligament suspenseur; sa couleur était un peu rouge, à droite surtout. L'estomac était un peu rétréci; sa face interne couverte de glaires offrait près du cardia une plaque blanche de 4 pouces de surface environ, tapissée par une lame membraneuse extrêmement mince, semblable à une espèce de mucus glaireux qui se continuait avec la membrane environnante mamelonnée, rose et épaissie à droite, très-amincie et très-rouge à gauche. Près du pylore, plusieurs bandes rouges d'un pouce de long sur trois lignes de large, avec destruction incomplète de la membrane muqueuse à leur niveau. Dans l'intestin grèle, cette membrane était un peu rouge et injectée, d'une épaisseur et d'une consistance naturelles; elle était rouge et ramollie dans le colon, où elle offrait de petites ulcérations. Le reste des viscères de l'abdomen sain.

III.e *Obs.—Phthisie pulmonaire, vaste excavation tuberculeuse ouverte dans la plèvre du côté gauche, et communiquant avec les bronches, etc.*—Une femme âgée de trente-deux ans, grande et forte, fut reçue à l'hôpital de la Charité le 11 septembre 1823. Elle toussait et crachait depuis onze mois, avait eu plusieurs hémoptysies; la respiration était gênée depuis long-temps; elle se plaignait d'avoir eu de fréquentes douleurs entre les épaules, des frissons suivis de chaleur et de sueur, et depuis le commencement de sa toux, des douleurs à l'épigastre. Le lendemain de son arrivée à l'hôpital, céphalalgie, figure animée, parole un peu brève, quelquefois aphonie, atti-

tude convenable; respiration claire et sans bruit dans toute l'étendue de la poitrine, un peu trachéale en arrière, à droite et en haut; point de pectoriloquie ni même de retentissement bien manifeste; dyspnée médiocre, crachats verdâtres, pouls à 88 pulsations par minutes, sans caractère particulier; chaleur un peu élevée; langue nette et humide, peu d'appétit, douleur à l'épigastre par la pression; selles difficiles. (*Infus. de lich. — Infus. pector. — Pot. gom. av. le sirop diac.* ℥ ß. — *Lav. émoll.*, 1/8 *de portion.*) L'état de la malade fut à peu près le même jusqu'au commencement d'octobre; à cette époque, retentissement, ardeur considérable entre les épaules, respiration trachéale en arrière à gauche supérieurement, plus faible sous la clavicule du même côté qu'à droite; percussion sonore dans toute l'étendue de la poitrine; crachats puriformes, bouche amère, langue blanchâtre, vomissemens fréquens au milieu des quintes de toux, appétit médiocre, sueurs copieuses. On opposa à ces dernières deux tasses d'infusion de quinquina qui furent continuées près de deux mois sans succès évident. — Il n'y eut pas de changemens bien sensibles durant le mois de novembre. — Le 4 décembre, pectoriloquie douteuse entre les épaules et sous la clavicule gauche; gargouillement, percussion très-obscure dans ce dernier point, dans toute la longueur de l'os et dans la hauteur de six pouces environ; chaleur forte, sueur la nuit, langue nette et humide, d'une couleur naturelle; diminution de l'appétit et des forces, amaigrissement chaque jour plus considérable; nausées et quelquefois vomissemens à la suite de la toux; main gauche œdémateuse. — Le 10, la soif était augmentée, les boissons les plus légères causaient beaucoup de pesanteur à l'épigastre : la malade avait depuis plusieurs jours une diarrhée abondante. — Dans la nuit du 19 au 20, douleurs assez vives dans le dos, mais à l'heure de la visite elles avaient beaucoup diminué, et l'oppression

n'était pas sensiblement plus considérable que de coutume. La nuit suivante, la malade sentit *tout-à-coup* une violente douleur tout le long du côté gauche de la colonne dorsale, accompagnée d'étouffement et d'anxiété. Le lendemain matin elle ne parlait que de sa dyspnée qui l'obligeait de se tenir à son séant, et de sa douleur: elle insistait sur son apparition subite; ses traits étaient altérés, la percussion plus sonore à gauche, en arrière et latéralement, qu'à droite; dans les mêmes points on n'entendait pas le murmure respiratoire, mais seulement une espèce de râle muqueux qui semblait traverser un grand espace vide avant de parvenir à l'oreille : il n'y avait pas de tintement métallique; et en faisant coucher puis remettre rapidement la malade à son séant, on n'entendait aucun bruit particulier; la respiration était extrêmement fréquente, l'agitation continuelle; la malade mourut le soir à dix heures, après d'inexprimables anxiétés.

L'autopsie fut faite trente-quatre heures après la mort. A l'extérieur il n'y avait de remarquable que l'œdème assez considérable du bras gauche. — Dans le crâne, à l'exception de trois cuillerées à café de sérosité dans les ventricules latéraux du cerveau, tout était sain. — Le côté gauche de la poitrine ne laissa échapper qu'une petite quantité de gaz, et contenait environ trois pintes de sérosité sanguinolente sans flocons albumineux; une fausse membrane d'un rouge cramoisi, molle, épaisse d'un demi-millimètre, recouvrait le poumon et les parois thorachiques correspondantes dans toute leur étendue. Le poumon adhérait intimement à son sommet, et dans une hauteur de deux pouces et demi, aux parties voisines; et presque immédiatement au-dessous de cette adhérence, en arrière, on voyait une ouverture arrondie, de la largeur d'un pois ordinaire, communiquant avec une vaste cavité presque vide, qui contenait encore une petite quantité de matière liquide et grisâtre, dont on retrou-

vait l'analogue à la partie inférieure de la gouttière vertébrale de ce côté, sur le diaphragme : cette cavité communiquait avec les bronches. Les cinq sixièmes du poumon étaient transformés en une substance ferme, d'une légère teinte grise, demi-transparente, semée d'un grand nombre de tubercules et de petites excavations qui communiquaient entre elles, et dont plusieurs n'étaient séparées de la cavité thorachique que par une épaisseur de moins d'un millimètre. Le sixième inférieur du poumon était un peu rouge et crépitant; les bronches faiblement rosées. Il y avait quelques légères excavations au sommet du poumon droit, et quelques tubercules non ramollis à sa base. — Cœur sain; son volume d'un tiers moindre que dans l'état naturel. — L'aorte petite et d'un rouge vif dans toute son étendue. — Estomac volumineux; sa membrane muqueuse, pâle, ayant à peine dans quelques points une faible nuance rose, mamelonnée à sa face antérieure et dans une partie de son grand cul-de-sac, offrait dans les mêmes régions, des ulcérations de deux à six lignes de surface : elle était d'une épaisseur et d'une consistance convenables. Mucosités abondantes dans l'intestin grêle, dont la membrane muqueuse était pâle, et parsemée, dans son dernier cinquième, de plaques elliptiques d'une grandeur variable, ulcérées ou non ulcérées. Muqueuse du colon pâle, ulcérée; les ulcérations diminuaient de nombre en approchant du rectum où il y en avait une. — Foie d'un volume médiocre, mollasse, facile à déchirer : bile de la vésicule biliaire assez claire, et médiocrement colorée. Rate un peu ramollie ; substance corticale des reins beaucoup plus rouge et plus humide que de coutume ; le pancréas plus ferme et plus dur que dans l'état naturel : l'utérus sain.

IVe *Obs.* — *Phthisie pulmonaire, excavation tuberculeuse considérable ouverte dans la plèvre du côté gauche, et communiquant avec les bronches.* — Une femme de 26

ans, d'une taille moyenne, d'une constitution peu forte, d'une sensibilité très-vive, vint à l'hôpital de la Charité le 15 novembre 1823. Elle avait commencé à maigrir depuis plus de deux ans, et attribuait son dépérissement à des chagrins profonds. Non sujette au rhume, elle toussait et crachait sans interruption depuis cinq mois, et avait eu, dans les quinze premiers jours de l'affection de poitrine, de la fièvre, des douleurs de côté, beaucoup de dyspnée avec des crachats sanguinolens; après quoi les accidens avaient diminué d'intensité. Depuis six semaines, la malade avait presque entièrement perdu l'appétit, éprouvait assez fréquemment des coliques, et à ces différens symptômes s'étaient joints des frissons suivis de chaleur et de sueurs pendant la nuit. Le 16 novembre, figure médiocrement animée, faiblesse assez considérable, deuxième degré de marasme, voix faible et voilée comme depuis deux mois; toux fréquente, crachats verdâtres imparfaitement pelotonnés: respiration plus faible à gauche et en haut dans tout le pourtour de la poitrine qu'à droite, un peu de râle muqueux sous la clavicule gauche; ailleurs la respiration était dans l'état naturel, et nulle part il n'y avait de pectoriloquie, de retentissement de la voix ou de respiration trachéale. La chaleur était peu élevée, le pouls battait cent fois par minute; et tous les jours à onze heures il y avait un frisson suivi de chaleur. La langue était un peu rouge au pourtour, villeuse et jaunâtre au centre, l'appétit peu considérable, l'épigastre souple et mou, le flanc droit tendu sans tumeur bien sensible, les selles régulières. (*Tis. pector. Lich. quart de portion.*) — On donna les jours suivans du sulfate de quinine dans l'intention de supprimer les accès de fièvre qui incommodaient beaucoup la malade; mais comme le sulfate causait infiniment de malaise, des vestiges, des bourdonnemens d'oreille, des douleurs à l'épigastre, etc. etc., on le supprima le 29.—

Le 4 décembre, respiration trachéale sous la clavicule gauche; constipation, anorexie presque complète, retour des frissons. Les jours suivans la toux provoquait des nausées, et à la constipation succéda une diarrhée abondante. — Dans la nuit du 1.er au 2 janvier, à la suite d'un accès de toux considérable, la malade éprouva *tout-à-coup*, dans le côté gauche de la poitrine une sensation pareille à celle qui aurait été produite par un vent qui aurait circulé de bas en haut dans toute cette partie du thorax; en même temps la respiration était devenue beaucoup plus gênée, la malade avait eu des défaillances incomplètes et presque aussitôt une douleur très-vive en arrière de la mamelle gauche. Le matin, cette douleur continuait à se faire sentir, était profonde, la respiration beaucoup plus brève et plus accélérée que d'ordinaire, le décubitus obligé à droite, le malaise considérable. La sensation comparée à celle d'un vent qui aurait circulé dans la poitrine n'existait plus; la percussion pratiquée du côté gauche rendait un son très-clair, surtout dans les trois-quarts inférieurs; c'était en quelque sorte comme si l'on eût frappé sur un tambour: on n'entendait pas la respiration dans cette partie, et il n'y avait pas de tintement métallique. La voix était éteinte, la figure pâle, les lèvres décolorées; la malade était menacée de syncope dès qu'elle essayait de se mettre à son séant. Le pouls petit et faible battait cent seize fois par minute. Les phénomènes de la respiration observés chaque jour avec soin jusqu'au 16 janvier, donnèrent lieu aux remarques suivantes. Le 4, il y avait, du côté gauche, dans les environs de l'aisselle et au loin, quelques traces de respiration et un peu de râle muqueux sous la clavicule. Le 5, deux pouces au-dessous du même os et pendant l'exercice de la parole, on entendait le tintement métallique. Le 6, pectoriloquie imparfaite sous la clavicule gauche. Le 7 et jours suivans, tintement métal-

lique dans une grande étendue, soit dans l'inspiration, soit pendant l'exercice de la parole; exaspération de la douleur. Dans la soirée du 10, cette douleur devint plus vive encore et nécessita l'application de quelques sangsues. Le lendemain, l'oppression était beaucoup plus considérable que de coutume, la respiration très-accélérée, la douleur moins forte, le tintement métallique entendu comme les autres jours dans les trois-quarts inférieurs de la poitrine, la percussion très-sonore, et la respiration nulle dans les points les plus retentissans. A quelques légères variations près, l'état de la malade fut le même jusqu'au 16. Du 17 au 18, jour de la mort, la dyspnée augmenta beaucoup; mais le côté gauche de la poitrine rendait encore un son fort clair le 17; le 18, la malade expira quelques minutes après avoir dit au médecin qu'elle avait besoin de reposer. — Du moment où le pneumothorax fut constaté, le décubitus eut lieu constamment à droite; l'aphonie ne disparut que par intervalles, la toux fut généralement peu considérable, les crachats verdâtres et pelotonnés, le pouls petit, faible et fréquent. La malade conserva une certaine vivacité d'esprit, et n'était pas sans espoir; l'appétit fut presque nul, et il y eut des alternatives de diarrhées et de constipation.

19. *Autopsie vingt-trois heures après la mort.* — Rien de remarquable à l'extérieur. Le cerveau et le larynx ne purent être examinés. Le côté gauche de la poitrine résonnait bien à sa partie antérieure seulement, et on en recueillit avec les précautions convenables, un volume de gaz qui fut estimé à deux verres et demi. Les six huitièmes au moins de ce côté de la poitrine étaient occupés par un liquide trouble et verdâtre qui ne laissait entre sa surface et la paroi antérieure du thorax, qu'un espace de deux pouces dans les plus grandes dimensions. Le poumon revenu sur lui-même avait à peine la grosseur de deux poings et adhérait par son sommet à la plèvre dans

une hauteur de deux pouces. Immédiatement au-dessous de cette adhérence et en arrière, on trouvait une ouverture, arrondie de deux lignes et demie de diamètre, à bords minces, communiquant avec une cavité dont on estima le volume, après qu'elle eut été déployée, à celui d'une pomme de moyenne grosseur. Cette cavité était anfractueuse, tapissée par une sorte de détritus tuberculeux appliqué sur une membrane mince qui adhérait au tissu pulmonaire : elle communiquait avec les bronches par plusieurs points. Au-dessous de l'ouverture qui vient d'être décrite et à la face externe du poumon, se trouvaient plusieurs taches jaunâtres qui correspondaient à des tubercules ramollis, lesquels se seraient inévitablement vidés un peu plus tard dans la plèvre ; le reste du poumon était mou, privé d'air et contenait d'autant moins de tubercules qu'on s'approchait davantage de sa base. Une fausse membrane tapissait tout ce côté de la poitrine : mince et d'une assez grande consistance sur le poumon et la partie supérieure de la plèvre costale, elle prenait successivement plus d'épaisseur en approchant du diaphragme qu'elle tapissait. Sur cette dernière partie de la fausse membrane, était une matière verdâtre, équivalant à un verre ordinaire, et à-peu-près de la consistance des gelées. La plèvre sous-jacente était très-injectée. Le poumon droit adhérait par son sommet aux parties environnantes et offrait dans ce point une petite cavité avec quelques tubercules. — Le cœur était petit, l'aorte saine. L'estomac, d'un volume ordinaire, contenait une petite quantité d'un mucus glaireux et jaunâtre ; sa membrane muqueuse était d'un blanc légèrement fauve, mamelonnée dans presque toute son étendue, d'une épaisseur et d'une consistance convenables, incomplètement détruite dans une surface de deux lignes le long de la petite courbure. La membrane muqueuse de l'intestin grêle offrait dans sa seconde moitié un grand nombre de

petites ulcérations, et quelques plaques elliptiques au niveau desquelles elle était épaissie et dont plusieurs étaient ulcérées; elle était d'un rouge assez vif près du cœcum, dans la longueur de deux pieds. La membrane muqueuse du colon était épaissie et molle comme du mucus dans toute son étendue, rouge et ulcérée dans le colon ascendant, légèrement nuancée de rose ailleurs. Le foie dépassait les côtes de trois doigts, était un peu volumineux, d'une couleur fauve, piqué de rouge, d'une consistance médiocre, un peu gras; la bile était peu colorée et peu épaisse; le reste des viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

Réflexions. — Si maintenant nous jetons un coup-d'œil sur les observations qui précèdent, nous voyons, qu'à une époque plus ou moins avancée de la maladie principale, les malades ont senti *tout-à-coup*, dans un des côtés de la poitrine, une violente douleur accompagnée d'une dyspnée ordinairement extrême et d'une anxiété inexprimable: que ces symptômes ont persisté au même degré, ou avec quelques rémittences jusqu'à la mort qui est arrivée de 24 heures à 38 jours après leur première apparition (*Obs.* III, I; et qu'à l'ouverture des corps, on a trouvé un épanchement plus ou moins considérable d'air, de pus ou de sérosité sanguinolente, dans le côté de la poitrine où s'est manifestée la douleur; puis une perforation du parenchyme du poumon correspondant, par suite de la fonte d'un tubercule qui a fait irruption dans la cavité de la plèvre, et qui dans la plupart des cas établit une communication entre elle et les bronches (*Obs.* I, III, IV).

Le rapport qui existe entre les symptômes et l'état des poumons après la mort, est si frappant qu'il suffit de l'exposition des faits pour montrer leur dépendance mutuelle: la douleur répond à l'irruption du tubercule fondu dans la plèvre, et est causée par elle; tandis que l'étouffement et l'anxiété sont l'effet de l'épanchement non moins ra-

pide d'une certaine quantité d'air, puis et plus ou moins promptement, d'un fluide de nature variée: d'où il suit que toutes les fois que chez un sujet atteint de phthisie pulmonaire, il se manifestera tout-à-coup une violente douleur dans un des côtés de la poitrine; qu'à cette douleur se joindront beaucoup d'étouffement et d'anxiété avec tous les symptômes de la pleurésie aigüe; on devra penser qu'il y a perforation du parenchyme de l'un des poumons, suivant le mécanisme indiqué. Du moins, est-ce à l'aide de ces symptômes que nous avons pu, avec M. Chomel, reconnaître l'accident dont il s'agit chez les malades dont nous avons donné l'histoire.

Ces symptômes sont d'ailleurs si rationnels, qu'on aurait pu les déterminer *à priori*; et il y a tant de similitude entre les circonstances qui accompagnent la perforation de l'intestin grèle et celle des poumons, qu'on serait encore arrivé au même résultat par voie d'analogie. En effet, dans l'un et l'autre cas, il y a, au moment de la perforation, épanchement plus ou moins considérable d'un fluide irritant dans la cavité d'une membrane séreuse; et comme une douleur subite et tous les symptômes d'une phlegmasie aigüe intense se manifestent dans un cas, ils doivent nécessairement aussi se montrer dans l'autre. Or, si cette douleur subitement sentie dans un point de l'abdomen, et accompagnée des symptômes d'une péritonite intense, suffit pour assurer le diagnostic de la perforation de l'intestin, on devait être porté à croire qu'une douleur également subite et intense dans un des côtés de la poitrine, jointe à un étouffement extrême et aux symptômes de la pleurésie, suffirait aussi pour attester la perforation des poumons, surtout chez des sujets atteints de phthisie pulmonaire.

Toutefois le diagnostic acquiert un plus haut degré de certitude par les résultats comparés de la percussion et de l'auscultation: car, si au moment où la douleur et les

autres symptômes qui l'accompagnent, se manifestent, on percute le côté douloureux, on obtient un son très-clair, plus clair même que celui du côté opposé; tandis que l'oreille appliquée sur les points où la percussion est si sonore, n'entend pas le bruit de la respiration. Or, ce double phénomène indique, comme l'a démontré M. Laennec, la présence d'une certaine quantité d'air entre la plèvre costale et les poumons; et comme le pneumothorax est un des effets immédiats de la perforation du parenchyme des poumons, on doit nécessairement penser qu'il en est ici le résultat. Mais considéré isolément et indépendamment des symptômes que nous avons signalés, le pneumothorax ne serait d'aucune valeur dans la recherche de la cause à laquelle il faudrait le rapporter, puisqu'il peut se présenter dans des circonstances variées. — Un peu plus tôt, un peu plus tard, une certaine quantité de pus ou de sérosité se joint au fluide aériforme; et si alors on applique de nouveau l'oreille sur la poitrine, on entend, dans quelques cas, le tintement métallique. Ce cas a lieu, comme on sait, quand avec le double épanchement d'air et de liquide dans la plèvre, la cavité tuberculeuse qui s'y est ouverte communique avec les bronches (*Obs.* I, IV). Dans ce cas, et dans ce cas seulement, l'auscultation, en faisant entendre le tintement métallique, et la percussion en confirmant la présence d'une certaine quantité d'air dans la cavité de la poitrine, indiquent d'une manière positive la perforation dont il s'agit. Mais comme on a déjà pu le remarquer, cette réunion de circonstances ne se rencontre pas toujours : il peut arriver (*Obs.* II), que le tubercule vidé dans la plèvre ne communique pas avec les bronches; et alors le tintement métallique n'a pas lieu. Il en est de même dans le cas où cette communication existant, l'épanchement d'air n'est pas encore accompagné de celui d'un liquide, ou quand celui-ci est en quantité trop peu considérable: en sorte que dans un assez grand nombre

de cas, la perforation du parenchyme du poumon existe, sans que l'auscultation et la percussion puissent l'annoncer, et qu'on ne peut la reconnaître alors qu'au moyen des symptômes que nous avons décrits.

Par rapport au tintement métallique, nous observerons que la quantité de liquide nécessaire à sa production dans les circonstances indiquées, ne paraît pas devoir être bien considérable, puisque nous l'avons entendu très-souvent (*Obs.* IV), sans pouvoir obtenir un son mat dans un point quelconque du côté de la poitrine où il avait lieu. Une très-grande quantité de liquide ne nous a pas empêché non plus de constater sa présence (*Obs.* I).

Les quatre faits que nous avons rapportés, sont les seuls qui nous aient fourni l'occasion d'observer la perforation du parenchyme du poumon dans la phthisie pulmonaire, et dans tous, les symptômes qui appartiennent à cet accident ont été bien prononcés. Mais il n'en est pas toujours ainsi; et dans les trois exemples de la même lésion rapportés par M. Laennec dans son important ouvrage sur l'auscultation (*Obs.* XXXI, XXXIX, XLI), les symptômes dont il s'agit ne paraissent pas avoir existé. Dans les cas de cette nature, rien ne porte à s'assurer de l'existence d'un accident qui ne se manifeste par aucun phénomène particulier; et si on le découvre, c'est en quelque sorte par hasard, à l'aide de l'auscultation et de la percussion, et seulement quand il y a communication avec les bronches, puisque alors il peut y avoir tintement métallique. La percussion et l'auscultation seraient encore le seul moyen de s'assurer de l'existence de la perforation, si les symptômes qui en dépendent étaient peu prononcés, puisqu'elles indiqueraient un pneumothorax qui, comme nous l'avons vu, est la suite nécessaire de la perforation du parenchyme du poumon, et que cette espèce de pneumothorax paraît de beaucoup la plus fréquente.

La douleur s'est offerte avec quelques variétés chez nos

malades. Vive dans les trois premiers cas, elle l'a été beaucoup moins dans le quatrième, sans perdre cependant de son importance relativement au diagnostic ; soit à cause de sa subite apparition, soit à raison de l'étouffement dont elle a été accompagnée et suivie, soit et surtout à cause de la sensation particulière qui s'y est jointe. Nous avons vu en effet qu'au moment et même un peu avant la manifestation de la douleur, la malade avait éprouvé une sensation qu'elle comparait à un vent qui aurait circulé dans le côté gauche de la poitrine, sensation qui se prolongea un certain temps, et qui avait probablement pour cause réelle le passage de l'air du poumon dans la cavité thorachique correspondante. On observe quelque chose d'analogue dans certains cas de perforation de l'intestin, c'est-à-dire dans ceux où les malades sentent, au moment où se fait l'épanchement, une espèce de craquement qui a son siége dans le point douloureux. D'ailleurs, loin de nous étonner de la faible différence qu'a présentée la douleur chez nos malades, nous devons être bien plutôt surpris qu'elle n'ait pas été plus considérable. Ainsi, elle a été tout aussi grande chez la femme qui fait le sujet de la deuxième observation, que chez les autres, quoique sa cause matérielle n'ait été, dans le premier cas, qu'un fort petit abcès tuberculeux vidé dans la plèvre, sans communication avec les bronches ; tandis que chez les autres, l'abcès ou le tubercule fondu était considérable et communiquait avec les bronches.

L'étouffement et l'anxiété nous ont paru proportionnés à la douleur ; extrêmes dans les trois premiers cas où la douleur était très-grande, ils étaient beaucoup moindres dans le quatrième où elle était bien moins considérable ; et pourtant la malade qui fait l'objet de cette observation, ne pouvait essayer le plus petit mouvement, sans être menacée de lipothymies. Elle présentait encore de l'intérêt sous le rapport de sa pâleur qui était extrême, malgré la

gêne subite arrivée dans l'exercice de la circulation à travers les poumons, et aussi par rapport à son décubitus qui avait lieu à droite, la tête basse, tandis que les autres malades restaient à leur séant.

L'intervalle écoulé entre l'époque de la perforation et celle de la mort est digne aussi de quelque attention. La terminaison fatale a eu lieu en effet 24, 72 heures (*Obs.* III, II), 20 et 36 jours (*Obs.* I, IV) après les premiers symptômes de la perforation; et assurément il n'est pas facile de se rendre compte des causes qui ont amené de si grandes différences. Vainement en chercherait-on la raison dans le plus ou moins de force des malades au moment où l'accident a eu lieu; car la femme qui fait l'objet de la deuxième observation, et qui est morte en 72 heures, était, suivant toutes les apparences, aussi forte que le sujet de la première, qui n'a succombé qu'au 36.e jour. On ne saurait non plus objecter la différence de traitement, le malade dont il vient d'être question étant resté les trois premiers jours qui ont suivi le moment de la perforation, chez lui, au milieu des plus vives douleurs, et sans secours. Resterait donc, pour expliquer le fait dont il s'agit, la différence observée dans le volume du tubercule fondu, et par conséquent dans la quantité plus ou moins considérable du liquide qui a fait irruption dans les plèvres; mais cette différence ne fait qu'augmenter la difficulté, puisque chez la seconde de nos malades, dont la mort arriva 72 heures après la perforation, la cavité tuberculeuse qui l'établissait, était fort petite, sans communication avec les bronches, et n'avait pu verser dans la plèvre qu'une fort petite quantité de liquide, ce qu'on ne pouvait supposer dans le premier cas. Nous avons insisté sur ces détails, parce qu'ils sont utiles pour le pronostic, et qu'il importe au médecin de savoir que tel accident mortel de sa nature, peut l'être après quelques heures ou après quelques semaines seulement, sans qu'on puisse ni le prévoir ni s'en rendre compte.

Le lieu de la perforation a été le même dans nos quatre observations, c'est-à-dire, vers l'angle de la troisième ou quatrième côte; et ce fait mérite d'être noté, soit par rapport à la douleur qui s'est fait sentir dans le même point, soit parce qu'il est en harmonie avec cet autre fait, savoir, que dans la phthisie pulmonaire la lésion marche du sommet à la base de l'organe, et est toujours plus avancée dans la première que dans la seconde partie. D'ailleurs, si nous n'avons trouvé sur le même poumon qu'une seule ouverture établissant communication avec la cavité de la plèvre, nous ne devons pas oublier que dans plusieurs cas (*Obs.* III, IV), il y avait à la face externe du même organe un grand nombre de taches jaunes et blanches qui correspondaient à autant de tubercules fondus, lesquels n'étant plus séparés de la plèvre que par une épaisseur de moins d'un millimètre, étaient en quelque sorte sur le point de faire irruption dans sa cavité. Si maintenant on réfléchit que cette disposition se rencontre très-souvent, on sera peut-être étonné que l'accident qui nous occupe ne soit pas beaucoup plus commun, et l'on sera porté à croire que dans un grand nombre de cas, les adhérences des plèvres entre elles en sont la cause. Il n'est pas très-rare en effet de voir la matière tuberculeuse des poumons appliquée immédiatement sur les côtes, ou se faire jour à travers les muscles intercostaux jusques dans le tissu cellulaire sous-cutané; et dans ce cas, il est bien clair que sans l'adhérence des plèvres entre elles, les tubercules, au lieu de se faire jour lentement au-dehors, auraient fait irruption dans la plèvre, et accéléré de beaucoup la mort du sujet.

Un dernier fait d'anatomie pathologique, qui mérite d'être rappelé, c'est la promptitude avec laquelle s'est formé l'épanchement de sérosité plus ou moins trouble ou sanguinolente, dans certains cas: ainsi, chez la femme qui fait l'objet de la troisième observation, et qui succomba

vingt-quatre heures après la perforation, l'épanchement était considérable; et néanmoins, douze heures avant la mort, la percussion rendait un son très-clair dans tout le côté affecté; en sorte que l'épanchement se sera formé en moins de 12 heures. Il en a encore été de même par rapport à la quatrième observation, dans laquelle l'exhalation de sérosité, pour s'être faite (en quantité appréciable du moins) long-temps après la perforation, n'en a pas été moins rapide. Toutefois ces faits n'ont rien de très-extraordinaire; ils confirment au contraire ce que l'on sait de la promptitude avec laquelle se fait l'épanchement dans beaucoup de cas de pleurésie; ils en sont une preuve plus nette encore que celle qu'on peut acquérir pendant la vie au moyen de l'auscultation et de la percussion; et ils sont parfaitement d'accord avec ce qui a lieu dans la cure radicale de l'hydrocèle par injection, après laquelle on observe, dans l'espace de quelques heures, un épanchement considérable dans la tunique vaginale du testicule. Remarquons encore que dans le cas où la mort est arrivée 24 heures après le moment de la perforation, le poumon et la cavité de la poitrine, dans toute leur étendue, étaient recouverts d'une fausse membrane, probablement déjà organisée.

Nous nous abstenons à dessein de toute réflexion étrangère à notre sujet, en observant néanmoins que dans tous les cas l'estomac nous a offert des lésions plus ou moins graves, auxquelles répondaient des symptômes assez remarquables; et nous terminons en remarquant que les quatre cas de perforation du poumon que nous avons rapportés ont été observés sur 82 sujets morts de phthisie pulmonaire, et dont l'autopsie a été faite avec un grand soin; tandis que sur le même nombre d'individus nous n'avons pas observé une seule fois le pneumothorax sans perforation.

Observation sur un empoisonnement produit par un gros d'oxyde d'arsénic et autant de deutochlorure de mercure (sublimé corrosif), qui ne fut point suivi de la mort; par E. Julia-Fontenelle.

Nous avons une foule d'observations très-curieuses sur des empoisonnemens produits par des substances métalliques, mais je n'en connais aucun qui ait eu lieu à d'aussi fortes doses que le suivant, sans que la mort n'en ait été la suite. C'est ce qui m'a engagé à publier ce fait, qui est digne de foi, puisqu'il a eu pour témoins MM. les docteurs Sernin, Barthez, Py, Martin, Maurin et moi.

En 1822, M. Léonard C...., élève en pharmacie, âgé de 22 ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution très-robuste, dans un accès de désespoir, fait un mélange d'un gros d'oxyde d'arsénic et d'autant de sublimé corrosif. Il en prépare dix bols, au moyen de la thériaque, en avale neuf de suite, et garde le dixième pour indiquer le genre de poison qu'il a pris, dans la certitude où il est qu'une si forte dose doit le faire périr subitement. Il n'en fut pas ainsi : dès que C.... se vit en présence de la mort, il recula devant elle; car, au bout de cinq minutes, ayant éprouvé une chaleur violente dans les entrailles, il avala dix-huit grains d'ipécacuanha qui lui firent rejeter une partie du poison. L'idée de sa destruction prochaine lui fait pousser des hurlemens affreux. J'accours aussitôt, et je trouve cet infortuné se roulant à terre, les yeux hagards et injectés, la figure enflammée. Il m'avoue ce qui s'est passé : j'administre aussitôt de l'eau tiède en abondance; les vomissemens

qui ont lieu sont noirâtres et abondans (1). Je réclame de suite les secours de MM. les docteurs Sernin, Barthez, Py, Martin et Maurin. Le lait tiède est donné en abondance, soit en boisson, soit en lavemens. Le malade éprouve des douleurs violentes et une soif inextinguible, sa figure s'altère, et, quatre heures après, lorsque M. le procureur du Roi vint prendre sa déposition, il eut des convulsions si fortes, que nous crûmes qu'il allait rendre le dernier soupir. A six heures du soir, léger amendement, figure décolorée, yeux hagards et très-rouges, le ventre très-douloureux, et diarrhée forte qui persista pendant huit jours (2). Lait sucré pour bois-

(1) Cette couleur noire était due à la thériaque. Je filtrai ces vomissemens; ce qui resta sur le filtre ayant été desséché et jeté sur les charbons ardens, répandait une odeur d'ail bien prononcée. Traitée par l'alcohol concentré, la solution donnait un précipité jaune très-abondant par l'eau de chaux; ce qui indique la présence de l'arsenic et du sublimé corrosif en substance dans ce qui n'était point à l'état de dissolution dans le liquide vomi. Celui qui avait passé à travers le filtre donnait un précipité vert très-abondant par l'acétate de cuivre ammoniacal, et une couleur argentée à une lame de cuivre bien décapée qui y resta plongée un quart-d'heure. Ces essais, joints à divers autres qu'il est inutile de rapporter, démontrent que la matière liquide vomie contenait de l'oxyde d'arsénic et du deutochlorure de mercure en dissolution. J'observai ce fait dans les quatre premiers vomissemens qui eurent lieu au moyen de l'eau tiède; mais à dater du cinquième, qui s'opéra au moyen du lait, je ne pus rencontrer aucune trace de ces deux poisons.

(2) L'oxyde d'arsénic peut être considéré comme le plus puissant drastique que nous possédions; il suffit d'un seizième de grain en dissolution dans une cuillerée d'eau, et étendu dans un verre de lait pour purger abondamment. C'est de cette manière qu'on l'a administré pour le traitement des fièvres intermittentes. Je me rappelle même à ce sujet qu'une bonne femme, d'un village aux environs de Narbonne, vendait des pilules contre l'hydropisie, au prix de trois francs chacune. Ces pilules pèsent un grain et demi, et sont applaties comme les lentilles. Elles sont tellement drastiques, qu'en moins de trois jours elles ont complètement désenflé les hydropiques. Je dois avouer, en même temps, que j'ai vu succomber tous ceux qui en ont fait usage. J'attribuai cet effet drastique à quelque substance métallique: pour m'en convaincre j'en projetai une sur un

son, lavement de lait, blanc d'œuf délayé dans l'eau et édulcoré, bain de corps. Le second jour, figure très-animée, ventre encore plus douloureux, vomissemens continuels, diarrhée, soif ardente, mouvemens convulsifs continuels; lait pour boisson, bain de corps, cataplasme émollient sur le ventre, vingt-quatre sangsues sur la poitrine. Le troisième jour le malade se trouva mieux : lait, cataplasmes et bain. Le quatrième, mouvemens convulsifs plus forts, face hippocratique, vomissemens verdâtres très-fréquens, coliques violentes et délire. Forte saignée au bras, bain de corps, emplâtre thériacal camphré sur l'estomac, petit-lait en abondance, et le soir, émulsion avec douze gouttes de laudanum liquide. Le cinquième, son état empire; vomissemens noirs qui ont lieu toutes les fois qu'il prend quelque liquide, à l'exception d'un peu de vin; délire; mêmes moyens : large vésicatoire camphré sur la poitrine, sinapismes aux jambes. Le sixième, les vomissemens diminuent et reprennent la couleur verte, délire moins fréquent; petit-lait, alterné avec le lait pour boisson, lavemens avec le bouillon. Le septième, la soif et les vomissemens diminuent sensiblement; bain de corps, une cuillerée de bouillon toutes les heures. Le huitième, tous les mouvemens convulsifs, les vomissemens et la diarrhée sont peu sensibles, les gencives sont tuméfiées, les dents ébranlées, et plusieurs ulcères mercuriels existent à la base de la langue; bains de siége, sirop d'hydrosulfate sulfuré de potasse dans l'eau de riz, gargarisme détersif, plus de vomissemens ni de

---

charbon allumé. Je reconnus aussitôt l'arsénic à l'odeur d'ail qu'elle répandait. Le docteur Ferrier, auquel je communiquai cet essai, prépara de semblables pilules avec un quart de grain d'oxyde d'arsénic, et un grain et quart d'extrait de *momordica elaterium ;* les effets furent les mêmes. Il y a donc tout lieu de croire que la diarrhée qui s'est déclarée chez C.... et qui a persisté huit jours, doit être attribuée à l'irritation du tube intestinal causée par cet oxyde métallique.

convulsions ; faiblesse extrême. Le neuvième, les ulcères sont touchés avec le collyre de Lanfranc; bouillon, sirop de gomme. Le dixième *idem.* Le douzième il est en pleine convalescence ; et le vingtième, ses forces et son état sont tels qu'il entreprend, sans aucun danger, un voyage de quarante-cinq lieues dans un pays de montagnes et très-froid, pour se rendre chez lui. Depuis près de deux ans qu'il l'habite et qu'il a repris ses travaux habituels, il a recouvré ses forces et son embonpoint, sans que sa santé ait été altérée.

Cette observation est d'autant plus curieuse, qu'on ne peut révoquer en doute qu'il n'y ait eu absorption d'une partie de chacun de ces poisons; l'irritation de l'estomac et du tube intestinal, les purgations abondantes qui ont eu lieu, les ulcères mercuriels et l'état des gencives en sont des preuves évidentes. Il est bien démontré que si C.... ne se fût pas fait vomir cinq minutes après, rien ne pouvait le soustraire à la mort; mais pendant ces cinq minutes qui s'écoulèrent entre la prise des neuf bols et le vomissement, il ne put que s'opérer une forte absorption. Le dixième de ces bols, que nous trouvâmes sur sa table, enveloppé dans du papier, pesait seize grains. Il fut dissous dans l'eau bouillante; la plus grande partie de l'oxyde d'arsénic se précipita par le refroidissement; ayant ajouté à la solution quelques gouttes d'une dissolution de potasse, il se produisit un précipité blanc que je reconnus être de l'alumine. Surpris de ce fait, je poursuivis ce travail, et le résultat que j'en obtins fut que ce bol, pesant seize grains, était composé de cinq grains de deuto-chlorure de mercure, cinq d'oxyde d'arsénic et deux de sulfate de potasse et d'alumine (alun). Je ne savais à quoi attribuer la présence de l'alun dans ce mélange, lorsque C.... m'apprit, par la suite, qu'il avait avalé de l'arsenic destiné à chauler le bled, lequel contient un quart de ce sel; et que les doses qu'il avait employées étaient un gros de

sublimé corrosif et environ un gros et demi de deutoxyde arsénical uni à l'alun.

Observation sur un tænia trouvé dans la vessie; présentée à l'Académie royale de Médecine, *par* E. Julia-Fontenelle.

Cette observation nous paraît d'autant plus curieuse que, malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu en trouver de semblables dans aucun auteur. Elle nous a été communiquée par M. le docteur Darbon, connu par ses divers essais faits à l'Hôtel-Dieu et à la maison de Charité, pour l'expulsion du tœnia. Avant lui, plusieurs médecins avaient reconnu l'existence des vers ronds dans les reins et la vessie (1). *Geron* (2) a publié une observation sur une femme atteinte d'une ischurie rénale vermineuse, qui rendit trois vers par l'urètre. *Tulpius* (3) parle d'un ver sorti avec les urines, qui était rond, long et rouge comme du sang. Ambroise *Paré* (4) dit que Louis *Duret* en rendit de semblables après une longue maladie. *Panzani* (5) a vu un prêtre de cinquante ans, qui éprouvait, depuis environ quatre ans, des douleurs continues, dont le siége principal était à la partie de la vessie qui correspond au centre de l'os sacrum. Les divers symptômes semblaient annoncer la présence de la pierre dans la vessie, quand il sortit, avec les urines, deux vers lombricaux : ses douleurs disparurent en même temps. *Ducerf* (6) cite un individu qui

---

(1) Andry (*de la Génération des vers*) a donné le nom de vésiculaires à ceux qu'on trouve dans la vessie.

(2) *Journal de Médecine*, 1789.

(3) *Observat. med.*, *lib.* 2, *cap.* 4.

(4) *Lib.* 20.

(5) *Mallatia verminosa della vesica.*

(6) *Journal de Médecine*, 1809.

était atteint de douleurs permanentes dans les lombes; ses urines étaient presque toujours rouges et sédimenteuses. Il se déclara une hématurie considérable avec des douleurs insupportables aux reins et à la vessie, qui disparaissaient par intervalles. Le malade tomba dans un état complet de marasme, malgré tous les soins du professeur *Hallé*. Enfin, après un pissement de sang, un léger accès de fièvre et des douleurs vives aux reins et à la vessie, il rendit par l'urètre un ver de la grosseur d'un tuyau de plume, et, à divers intervalles, cinquante autres vers de différentes formes, mais, pour le plus grand nombre, ayant beaucoup de rapport avec les lombricaux intestinaux. Après leur expulsion il se trouva parfaitement rétabli. *Pereboom* a donné l'histoire d'une néphrite et d'une maladie de vessie très-grave que l'on attribuait à la présence d'un gros calcul, et qui reconnaissait pour cause un lombric. Le docteur Robe *Moreau* a soigné une dame qui éprouvait, à diverses époques, des douleurs lombaires avec strangurie, des élancemens à la région du pubis, un désir continuel d'uriner, etc. Elle excréta par l'urètre un lombric vivant, et fut soulagée de son mal (1). *Choppart* (2), *Dumeril* (3), *Stromaïer* (4), *Moublet* (5), *Raisin* (6), Chris. *Ruhn* (7), *Olombel* (8), etc., ont publié de semblables observations. Enfin, un fait bien plus curieux, c'est un calcul trouvé dans la vessie, ayant un ver pour noyau (9). Il est donc très-probable que, puisque les vers lombricaux se trouvent quelquefois dans la vessie, le

(1) *Journal de Médecine*, 1803.
(2) *Maladies des voies urinaires.*
(3) Cité par Jules Cloquet, dans son *Anatomie des vers intestinaux.*
(4) *Gregor. Horstii, opp.*, tome II.
(5) *Journal de Médecine*, tome IX.
(6) *Idem*, tome XX.
(7) *Diss. de ascaride, per urinæ emisse.*
(8) *Remarques sur les maladies vermineuses.*
(9) *Ephémérides des curieux de la nature.*

tœnia peut y exister aussi. L'observation suivante tend à le démontrer (*).

M. A..., âgé de cinquante-six ans, éprouvait depuis quelque temps une démangeaison insupportable à l'anus, lorsqu'il se vit atteint tout-à-coup de violentes crampes à la verge, accompagnées de douleurs atroces qui lui firent perdre connaissance pendant plusieurs heures. Revenu à lui, il éprouva une grande difficulté d'uriner, malgré qu'il en eût un besoin extrême. Au bout de quelques minutes, il rendit par l'urètre quelques articulations de tœnia, et dès lors l'émission de l'urine eut lieu avec facilité. Ses douleurs cessèrent pendant sept à huit jours, au bout desquels les mêmes symptômes reparurent avec frissons, douleurs dans les membres, rétraction de la verge vers sa racine, ainsi que des testicules qui devinrent douloureux. Le scrotum prit une couleur ardoisée, due sans doute à une transpiration gluante qui teignait le linge en bleu (1). Le malade eut une attaque semblable à la précédente, qui se termina en rendant de nouveaux fragmens de tœnia. Ces attaques reparaissaient tous les huit jours et duraient de douze à quinze heures. Dans une, il en sortit par l'urètre un fragment de six pouces de long, et dans une autre, un de demi-aune, ce qui causa un tel obstacle à l'émission de l'urine, que le malade se trouva dans une situation très-alarmante. Cet état persistait depuis un an, lorsque M. A... se présenta au docteur Dar-

(*) Sans contester la réalité de tous les exemples de vers sortis des voies urinaires, il en est un grand nombre sur lesquels on peut élever quelques doutes. Il est arrivé assez souvent qu'on a pris pour des vers, des caillots de sang ou des concrétions fibrineuses formés à la suite d'une hémorrhagie dans les voies urinaires. (*N. d. R.*)

(1) J'aurais désiré que M. Darbon eût conservé un morceau de ce linge, afin de m'assurer si cette couleur bleue n'était pas due à de l'hydrocyanate de fer, ainsi que je l'ai trouvé dans une urine bleue que j'ai analysée, et dans le pus d'un ulcère cancéreux.

bon. Ce dernier, après s'être convaincu de l'existence du tœnia, commença par injecter dans la vessie de l'eau tiéde, afin de la bien vider; il y introduisit ensuite, au moyen d'une sonde creuse, sa potion contre le tœnia, et y laissa cette sonde fixée, afin de favoriser l'émission des urines sans charrier aucune partie du ver. Il renouvela pendant deux jours l'injection de sa potion, en y laissant la sonde fixée cinq jours de plus. Le neuvième, l'ayant retirée, le malade sécréta, avec ses urines, plusieurs aunes de tœnia en grande partie désarticulé et dans un grand état de flétrissure : depuis ce temps, M. A... s'est vu délivré de tous ses maux.

Cette observation se trouvant seule en son genre, nous avons cru, ainsi que nous l'avons déjà dit, faire plusieurs recherches pour tâcher de découvrir s'il n'en existerait pas de semblable dans aucun auteur. Parmi celles que nous avons recueillies, nous citerons celle du docteur Mery, qui trouva dans les reins d'un chien un ver d'une demi-aune de long et de la grosseur du petit doigt; celle de Kercking qui en découvrit un autre d'une aune et quart dans le rein d'un chien de chasse; enfin celle de Thomas Mermann, premier médecin du duc de Ferrare, qui fit rendre, par les urines, à une femme atteinte d'une dysurie, un ver long d'une coudée, après l'expulsion duquel elle se trouva guérie. Ces vers étaient-ils des tœnia, comme leur longueur pouvait le faire soupçonner? Il est à regretter que ces auteurs ne se soient pas expliqués sur leur nature. D'après ces faits, et l'observation que je viens de présenter, il est probable que le tœnia peut exister dans la vessie ; si un fait isolé n'est point concluant pour le démontrer mathématiquement, il est du moins propre à donner quelque crédit à cette opinion.

Exposition de la Doctrine de M. Broussais; *par M.* Goupil.
(VII.me et dernier article.)

Dans notre préeédent article, nous avons démontré l'influence que la gastro-entérite exerce sur le développement des phénomènes fébriles; nous devons encore étudier le rôle qu'elle joue dans plusieurs autres maladies.

Une eonnaissanee approfondie des divers modes de l'irritation gastro-intestinale, conduit M. Broussais à observer que cette lésion eomplique très-souvent la plupart des autres phlegmasies. Après avoir établi que les fièvres essentielles des auteurs n'étaient que les formes variées de la gastro-entérite simple ou eompliquée, que dans toutes les inflammations fébriles l'estomae et l'intestin grèle sont irrités, sinon pendant tout le cours de la maladie, du moins pendant les premiers temps de son existence, il annonça qu'une partie des phénomènes morbides dans les phlegmasies éruptives se rapporte à la gastro-entérite, que l'hépatite est le plus ordinairement produite par l'extension de l'irritation du duodénum au foie; que le délire, les convulsions, la manie, l'apoplexie et les autres irritations encéphaliques ont très-souvent leur souree dans les voies digestives affectées d'inflammation aiguë ou ehronique; que, dans beaucoup de cas, la goutte dépend d'une gastro-entérite chronique qui prépare et entretient l'irritation articulaire; que la plupart des prétendues névroses de l'estomac et le squirrhe de ce viscère sont le résultat d'une gastrite chronique; que chez les sujets débilités, les voies digestives sont souvent le siége d'une inflammation chronique qui ajoute à la faiblesse de l'individu; qu'un grand nombre

de médicamens dont l'action est dirigée contre d'autres organes, manquent leur effet ou donnent lieu à des accidens parce qu'ils irritent l'estomac ou que ce viscère est déjà enflammé. Arrêtons-nous à démontrer l'exactitude des principales propositions que nous venons d'énoncer.

Suivant M. Broussais, la fièvre d'incubation des phlegmasies éruptives est une gastro-entérite; la cessation de la fièvre, quand l'éruption est opérée, est le résultat de la révulsion de la phlogose gastrique sur la peau, et la fièvre secondaire celui de la réaction de la phlegmasie cutanée sur la muqueuse gastrique; les prodrômes des inflammations cutanées apyrétiques appartiennent à la gastrite; la fièvre produite par les inflammations de la peau de causes externes, est développée suivant le même mécanisme que la fièvre secondaire de la variole (1). Pour prouver la vérité de cette opinion, il nous suffira de rappeler les phénomènes des phlegmasies éruptives.

Ceux qui signalent l'invasion de ces maladies sont l'anorexie, le dégoût pour les alimens et les boissons chaudes, le désir des boissons froides et acidules, la rougeur des bords et de la pointe de la langue, la soif, etc. Ces symptômes appartiennent évidemment à l'irritation des voies digestives, ils présentent plus ou moins d'intensité suivant la gravité que devra acquérir l'inflammation cutanée. Les prodrômes des maladies éruptives sont absolument semblables à ceux qui, suivant les auteurs, caractérisent les *fièvres essentielles*; l'identité des phénomènes morbides indique constamment l'identité de lésions, et si un individu qui n'aurait jamais eu la variole mourait pendant les prodrômes de cette maladie, rien ne pourrait établir que c'est à une *affection éruptive maligne* plutôt qu'à une *fièvre adynamique* ou *ataxique* es-

(1) *Examen*, *propos.* CXLII.

sentielle qu'il a succombé. La coexistence d'une épidémie variolique ne prouverait rien ; elle ne pourrait fournir que des probabilités, car les *fièvres essentielles* peuvent survenir pendant le cours des épidémies varioleuses, aussi bien que dans toute autre circonstance. Cette ressemblance parfaite entre les prodrômes des maladies éruptives et les *fièvres essentielles* démontre donc que les mêmes organes sont enflammés dans les unes et dans les autres ; et s'il restait quelques doutes à cet égard, les autopsies cadavériques viendraient les dissiper. Elles ont fait voir souvent l'inflammation des voies digestives dans des cas où la mort était survenue au commencement de l'éruption.

Lorsque l'irritation intérieure qui précède l'éruption est modérée, celle-ci, à mesure qu'elle s'opère, est suivie de la cessation graduelle et complète des phénomènes fébriles; il s'opère une révulsion. A l'affection des membranes muqueuses succède celle des tégumens, et comme la peau n'entretient pas des sympathies aussi étroites avec les viscères que les premières, son inflammation n'est pas accompagnée des mêmes troubles dans les fonctions, à moins qu'elle ne soit très-intense. L'éruption s'opère avec d'autant plus de difficulté que la gastro-entérite des prodrômes est plus intense; elle est alors moins complètement révulsive de l'irritation intérieure, et souvent même les deux phlegmasies coexistent.. Aussi les médecins ont-ils remarqué que plus les symptômes fébriles de l'invasion de la variole ou de la rougeole sont alarmans, plus aussi on doit redouter de voir l'inflammation cutanée se développer difficilement, et la fièvre parcourir ses périodes sans être interrompue.

L'intensité de la phlegmasie éruptive est presque toujours en rapport avec celle de la gastro-entérite. « Plus la fièvre varioleuse (celle des prodrômes) est modérée,

dit Stoll, plus l'éruption est légère (1). » S'il n'en est pas toujours ainsi, c'est que la gastro-entérite empêche quelquefois, ainsi qu'on vient de le dire, que l'irritation antérieure s'élève à un haut degré.

Lorsque la phlegmasie cutanée a opéré la révulsion de la gastro-entérite, et qu'elle est peu intense, la fièvre ne se reproduit pas, et la maladie est bientôt terminée. Mais si l'inflammation de la peau est vive et très-étendue, elle réagit à son tour sur les viscères, et surtout sur la membrane muqueuse digestive, et alors tous les phénomènes fébriles sont reproduits. Tel est le mécanisme de la fièvre secondaire de la variole; elle ne diffère pas de celle qui se manifeste toutes les fois qu'un organe quelconque est affecté d'une vive inflammation. Cette reproduction de fièvre ne peut donc pas être constante, et les divers degrés qu'elle présente dans son intensité doivent être en rapport avec ceux de la phlegmasie antérieure. Celle-ci ne se borne pas toujours à reproduire la gastro-entérite, elle suscite quelquefois des irritations dans d'autres organes, et spécialement dans le cerveau et les méninges; mais l'inflammation des voies digestives prend plus de part encore que celle de la peau au développement de ces affections sympathiques.

Les phlegmasies éruptives apyrétiques, dites de cause interne, présentent les mêmes rapports que les précédentes avec la gastro-entérite. Dans celles-ci, l'irritation intérieure était élevée au degré d'intensité qui produit la réaction fébrile; si, dans d'autres cas, celle-ci ne se manifeste pas, l'affection cutanée n'en est pas moins sous la dépendance de l'irritation gastrique lorsque les signes de cette dernière se manifestent. L'érysipèle et le furoncle sont ordinairement précédés de l'inappétence, de la fétidité de l'haleine, de l'état blanchâtre ou jaunâtre de

(1) *Aphor.* 536.

la langue, et souvent de diarrhée et de vomissemens. L'affection cutanée est tellement liée à celle de la muqueuse gastrique, que si l'on fait cesser cette dernière, celle-là disparaît promptement; tandis que l'on voit les furoncles se reproduire avec la plus grande opiniâtreté tant que l'irritation gastrique persiste. Les phlegmasies de la peau produites par des causes extérieures ne sont pas, comme celles de cause interne, sous la dépendance de la gastro-entérite; mais lorsqu'elles s'élèvent à un certain degré d'intensité, il est fort rare qu'elles ne provoquent pas une irritation de la membrane muqueuse gastrique, qui peut acquérir la plus grande violence et entraîner les conséquences les plus fâcheuses. C'est à cette circonstance que l'on doit rapporter ce que les auteurs ont dit de la complication des *fièvres essentielles* avec les inflammations de la peau.

Tous ces faits démontrent l'exactitude des principes établis par le professeur du Val-de-Grâce sur ces maladies; il est facile d'apercevoir les inductions pratiques que ces nouvelles données nous fournissent. Puisque l'irritation des organes digestifs joue un rôle si important dans les maladies éruptives, puisqu'elle gouverne, pour ainsi dire, l'inflammation cutanée, le médecin, dans le traitement de ces affections, doit toujours fixer son attention sur l'état de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Il faut combattre sa phlogose aussitôt qu'elle se manifeste, pour prévenir l'intensité de l'éruption. On connaît l'abus que l'on faisait autrefois des stimulans sudorifiques pour la provoquer chez les individus faibles, et l'on sait combien de *fièvres adynamiques* et *ataxiques* étaient le résultat de cette pratique. Puisque la violence de l'irritation viscérale est le seul obstacle à l'établissement de l'éruption, il est évident qu'on ne peut la favoriser qu'en insistant sur les moyens les plus propres à la modérer. On préviendra aussi le retour de la gastro-

entérite et le développement des autres phlegmasies qui viennent quelquefois compliquer les maladies éruptives, en calmant l'inflammation cutanée et en appliquant des sangsues à l'épigastre ou sur d'autres régions de la peau correspondant aux organes menacés.

Nous avons signalé, d'après M. Broussais, les rapports qui existent entre l'hépatite et la gastro-entérite; suivant ce professeur, la première est consécutive à la seconde, quand elle ne dépend pas d'une violence extérieure (1).

Uni par les connexions les plus étroites à la membrane muqueuse digestive, à la surface de laquelle son canal excréteur vient s'ouvrir, le foie participe très-souvent à l'irritation qu'elle éprouve; aussi voit-on cette glande irritée dans un grand nombre de gastro-entérites, depuis le degré qui donne lieu à l'embarras gastrique bilieux et à la fièvre bilieuse, jusqu'à l'hépatite la plus aiguë, principalement dans les temps et les pays chauds et chez les individus doués de la prédominance hépatique. Si nous recherchons quelles sont les causes de cette inflammation autres que les violences extérieures, nous voyons que l'hépatite est déterminée par l'usage des viandes noires, des mets rendus trop stimulans par les assaisonnemens; par celui des vins généreux, des alcoholiques, des émétiques, des drastiques, du quinquina dans les fièvres intermittentes, etc. Or, toutes ces causes irritent nécessairement la membrane muqueuse gastro-intestinale; elles ne développent donc l'hépatite que par l'intermédiaire de la phlogose gastro-duodénale.

L'examen des symptômes nous fournit encore la preuve de la liaison de ces deux affections. Aux symptômes particuliers à l'inflammation du foie, on voit se joindre le goût amer de la bouche, l'aspect mucoso-bilieux de la surface de la langue, la rougeur de son pourtour et de sa

(1) *Propos.* CXLIX.

pointe, la soif, le dégoût pour les alimens et souvent des vomissemens, signes manifestes de la gastro-entérite, tellement que, dans beaucoup de cas, la maladie en a imposé pour une *fièvre bilieuse*. Les mêmes phénomènes s'observent dans l'hépatite chronique; on observe encore la dyspepsie, l'anorexie, la soif, la chaleur et la sécheresse du pharynx, un sentiment de pesanteur à l'épigastre après le repas, la constipation, etc., c'est-à-dire les signes de la gastrite chronique; et ce n'est même qu'après que les malades en ont présenté les phénomènes pendant plusieurs mois, que l'on voit se manifester ceux de l'hépatite; l'anatomie pathologique confirme aussi ces principes. M. Broussais a fait remarquer que chez tous les individus dont on trouve, à l'examen du cadavre, le foie plus volumineux, jaune et huileux, la membrane muqueuse du duodénum est en même temps épaissie, brune ou noire, et quelquefois ulcérée.

La connaissance de ce rapport entre les lésions du foie et de la membrane muqueuse gastrique est d'une grande importance en pratique; il en résulte, en effet, qu'en calmant dans leur début les irritations gastro-intestinales, on prévient ou on arrête l'hépatite, et que le traitement doit être spécialement dirigé contre la gastro-entérite, que l'on a toujours exaspérée jusqu'ici par les vomitifs, les purgatifs, les *fondans* et les *désobstruans*. Lors même que l'on persisterait à soutenir que le mode de production assigné à l'hépatite par l'auteur de l'*Examen*, est trop exclusif, on serait toujours forcé d'avouer que, dans toutes les hépatites aiguës et chroniques, il existe une gastro-entérite concomitante, et que par conséquent toute l'importance pratique de l'opinion de M. Broussais subsiste; car il faut reconnaître que l'inflammation de la muqueuse de l'estomac et du duodénum, qu'elle soit primitive ou consécutive, doit nécessairement influencer celle du foie, qui lui est uni par les connexions les plus

étroites. Sous ce point de vue, il convient de rapprocher les hépatites traumatiques de celles qui ne le sont pas; car elles s'accompagnent aussi des symptômes de la gastro-entérite.

Les rapports qui existent entre l'irritation de la membrane muqueuse gastro-intestinale et celle des tissus articulaires, ne sont pas moins remarquables que ceux que nous venons d'observer entre les affections de la première et celles de la peau et du foie. Leur étude n'offre pas non plus une moindre importance, car c'est à elle que nous devons les connaissances récentes que nous possédons sur la nature d'une classe de maladies qui a été l'objet de tant de divagations, et contre laquelle on ne possédait pas encore naguère de traitement rationnel.

Les causes des phlegmasies articulaires qui ne sont pas produites par une violence extérieure, peuvent être rapportées à deux ordres : le premier comprend l'action du froid et surtout du froid humide, et la métastase d'une irritation quelconque; au second, se rapportent les écarts de régime, l'habitude d'une vie splendide, l'abus des toniques, enfin toutes les influences qui développent la gastro-entérite.

La chaleur, une douleur plus ou moins forte, et ordinairement la tuméfaction, constituent les phénomènes locaux de l'arthrite. Mais telle est l'étroite sympathie qui existe entre les tissus articulaires et les organes digestifs, que l'irritation de ces derniers ne tarde pas à paraître, si déjà elle n'existait pas, et si elle n'a pas produit celle des articulations, qui, le plus souvent, en est le résultat, à tel point que beaucoup d'auteurs ont regardé les viscères de la digestion, comme la source des phénomènes de la goutte : la langue devient alors blanche à son milieu, rouge sur ses bords; l'appétit se perd, la soif se développe, enfin la peau est chaude et le pouls fréquent; si la phlegmasie articulaire est intense, cet état dure plus

ou moins de temps pour ne plus reparaître, surtout si une grande articulation a été affectée ; d'autres fois il se reproduit à des époques fixes ou irrégulières, et alors il présente toujours le développement des mêmes phénomènes d'irritation dans les voies digestives et dans les articulations malades. Tantôt l'irritation viscérale n'existe pas dans l'intervalle des attaques de l'arthrite ; d'autres fois elle est permanente, s'exaspère si celle-ci ne paraît pas aux époques accoutumées, fait souvent alors courir aux malades les plus grands dangers, et diminue quand l'inflammation articulaire se manifeste. Ces différences constituent plusieurs nuances d'arthrite, dont les auteurs ont fait plusieurs maladies auxquelles ils n'ont pas reconnu la même nature, et qu'ils ont désignées sous des dénominations diverses. Quand la phlegmasie n'affecte qu'une grande articulation, ou qu'elle commence par plusieurs petites à-la-fois, ils l'ont appelée *rhumatisme articulaire* ; quand elle débute par une petite articulation, qu'elle s'y borne ou qu'elle s'étend ensuite à plusieurs, ils l'ont nommée *goutte,* et ils ont ensuite admis plusieurs variétés de cette dernière suivant les circonstances dont elle s'accompagne. Cette division n'est fondée que sur la diversité des causes, des symptômes, de la durée des irritations articulaires, comme si ce n'était pas seulement le mode de lésion des tissus qui dût servir à établir la nature des maladies. Du reste, elle a exercé une influence fâcheuse sur le traitement de la goutte ; en effet, puisque l'on regardait le rhumatisme articulaire comme une phlegmasie, et qu'il était reçu que la goutte était une autre maladie, ce ne pouvait plus être une inflammation, ou bien celle-ci devait avoir quelque chose de spécifique que l'autre ne possédait pas. Nous ne nous arrêterons pas à combattre la distinction admise entre ces deux formes de la même affection ; nous nous bornerons à faire remarquer que l'on a commis une erreur fort grave en

l'établissant principalement sur l'étiologie du rhumatisme articulaire et de la goutte. L'apparition de cette dernière est précédée, dit-on, d'une affection chronique des organes de la digestion (gastrite chronique), et ne se manifeste d'abord que sur une petite articulation, tandis que le rhumatisme articulaire est le résultat de l'impression accidentelle du froid et attaque les grandes articulations ou plusieurs petites à-la-fois. Les choses se passent souvent ainsi, mais M. Broussais fait observer (1) que le froid peut se borner à irriter une petite articulation, et que l'affection simultanée de plusieurs petites et celle d'une grande, peuvent être produites par les phlegmasies des voies digestives ; on voit en effet quelquefois des individus dont toutes les grandes articulations, ou une d'entre elles seulement, sont affectées d'inflammation sympathique, d'une gastro-entérite, et nous avons vu plusieurs fois l'irritation articulaire, après avoir résisté à plusieurs saignées locales pratiquées sur les articulations, céder à une application de sangsues à l'épigastre. Du reste, quelle que soit l'influence de l'inflammation des voies digestives sur la production de la forme de l'irritation articulaire appelée *goutte*, il est fort rare qu'elle suffise pour déterminer elle-même son développement, qui est ordinairement déterminé par l'action du froid.

Cullen et Brown avaient déja signalé la coexistence de l'affection des voies digestives avec celles des articulations ; mais en considérant la première comme une *atonie* ou une *dyspepsie* dont la lésion des articulations n'était qu'un symptôme, ils ne diminuèrent en rien l'obscurité dont la connaissance de la goutte était enveloppée, et ils furent conduits à une thérapeutique directement opposée à celle qu'elle exige. Darwin et Scudamore se sont approchés davantage de la vérité, mais ils ont

(1) *Examen*, tom. 1.er, p. 276.

encore consacré deux erreurs capitales : 1.° S'ils ont reconnu avec d'autres médecins le caractère inflammatoire de l'affection articulaire, ils n'y ont vu qu'une irritation spécifique différente de toutes les autres, en un mot, *l'irritation goutteuse*; et s'ils ont rejeté *l'humeur goutteuse* de leurs prédécesseurs, ils ont conservé l'*état goutteux* spécifique de Barthez; ils ont cru que l'*être goutte* se transportait sur les viscères dans les cas où il s'opère une métastase de l'irritation articulaire; et ce principe erroné les a conduits à conclure qu'elle ne devait pas être traitée comme les autres irritations. 2.° Scudamore a rapporté le siége primitif de la maladie au foie, dans lequel *l'affection goutteuse* est, suivant lui, élaborée pour se répandre de là dans les autres points de l'économie; et il a parlé si vaguement de l'état du foie, qu'il semble plutôt y voir une obstruction, un état maladif particulier qu'une irritation; du reste ils ont méconnu entièrement les connexions qui existent entre cette glande et le duodénum, et ils lui ont attribué exclusivement une affection qu'il partage avec cette partie de l'intestin et avec l'estomac, ainsi que nous l'avons établi précédemment.

En résumé, la goutte est une forme de l'arthrite liée à une phlegmasie chronique des organes digestifs, c'est-à-dire, une *gastro-arthrite*. La nature inflammatoire de l'affection articulaire ne peut plus être révoquée en doute; ses symptômes offrent tous les caractères de l'inflammation; et l'on ne peut rapporter qu'à cette dernière les lésions que l'on trouve dans les tissus qui ont été affectés de la goutte; quand celle-ci disparaît brusquement, ou ne se montre pas aux époques accoutumées, elle est remplacée par une irritation viscérale et réciproquement; et ce seul fait eût suffi pour faire reconnaître sa véritable nature, si l'on avait rapporté à l'irritation ces affections viscérales; mais elles étaient, au contraire, attribuées

ou à la débilité, ou à des obstructions, ou à un état maladif particulier. Mais aujourd'hui que la gastro-entérite est connue, on ne peut rapporter qu'à cette affection les symptômes qui se joignent à ceux de l'arthrite. L'irritation articulaire est souvent précédée de celle des voies digestives, et dans les cas où celle-là est primitive, elle ne tarde pas à être développée sympathiquement. Ce que nous savons des étroites connexions qui existent entre les organes digestifs et les articulations, et l'examen des causes de la goutte, que nous voyons presque toujours porter leur action sur les premiers, nous rend facilement raison de ces phénomènes. Pour mieux établir le rôle que joue la gastro-entérite dans la goutte, nous devons encore faire remarquer que ce sont très-souvent des écarts de régime qui déterminent l'apparition de ces accès, que le régime végétal et l'eau pour boisson les rendent fort rares, et produisent assez souvent une guérison radicale, et que lorsque des malades qui s'y étaient soumis, ont cru pouvoir revenir à leur premier régime, parce que depuis long-temps ils étaient débarrassés de leurs souffrances, ils ont bientôt après éprouvé de nouvelles attaques.

Examinons maintenant les rapports qui existent entre les irritations des voies digestives et celles du cerveau et des méninges.

Après avoir prouvé que l'apoplexie, la manie, la paralysie, le tétanos, l'épilepsie, doivent se rallier aux irritations cérébrales, que les ramollissemens et les atrophies du cerveau étaient, aussi bien que les collections purulentes, les épanchemens séreux et les indurations squirrheuses, un effet de l'inflammation ; que toutes les irritations cérébrales, quelque forme qu'elles présentent, douleurs, convulsions, aberrations mentales, etc., aboutissent en dernier lieu à la paralysie, à l'idiotisme, à l'apoplexie ; et que les désordres qu'offre alors l'encéphale doivent être rapportés

à l'inflammation et à ses suites, M. Broussais établit en principe : 1.° que le plus souvent, et dans le cas où l'irritation cérébrale n'est pas traumatique, elle est consécutive à une gastro-entérite ; 2.° que les céphalalgies, le délire, les convulsions provoquées par la stimulation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, sont l'effet immédiat d'une irritation sympathique du cerveau qui peut être considérée comme le premier degré de l'inflammation de ce viscère ; 3.° que bien souvent dans le cours de la gastro-entérite, ce premier degré fait des progrès et s'élève à l'inflammation, dans l'encéphale lui-même ou dans les méninges ; 4.° que chez les sujets dont le cerveau est prédisposé, l'influence sympathique de la membrane muqueuse enflammée suffit pour élever l'irritation cérébrale jusqu'au degré de la phlegmasie : alors les symptômes cérébraux prédominent sur ceux de la gastro-entérite ; et à l'autopsie on trouve dans le cerveau ou ses enveloppes des traces d'une inflammation aiguë ; 5.° que dans le cas où l'irritation cérébrale est primitive elle ne saurait durer long-temps, ni s'élever à un certain degré sans produire l'irritation gastrique, et que cette sympathie de l'encéphale enflammé sur l'estomac et ses annexes produit toujours un certain degré de gastrite et quelquefois des hépatites ; 6.° que la manie est toujours le résultat d'une irritation cérébrale, et que lorsque cette dernière n'a pas été produite directement, elle est sympathique d'une gastro-entérite, qui peut elle-même avoir été développée et être entretenue par une autre phlegmasie. (1)

Les faits se présentent en foule pour établir la vérité de ces assertions : nous nous bornerons à rappeler que, parmi les phénomènes de la gastro-entérite, on remarque

(1) *Phegmasies chron.*, tom. 2, p. 404 ; *Examen, propos.* CXVIII, CXIX, CXXII et CXXIV.

les signes de l'irritation cérébrale dès le début de la maladie ; on les voit s'accroître en même-temps que l'intensité de la première, depuis la céphalalgie qui accompagne l'embarras gastrite, jusqu'au délire et aux convulsions que l'on observe dans la plupart des empoisonnemens par les substances corrosives. Tous les signes de l'irritation encéphalique qui compliquent la gastro-entérite appelée *fièvre ataxique* disparaissent souvent après une application de sangsues à l'épigastre. M. Scoutetten a prouvé, par des recherches d'anatomie pathologique, que les traces de l'irritation de la méningine se rencontrent toujours en même temps que celles de la gastro-entérite. (1) Parmi les causes assignées par les auteurs aux irritations cérébrales, on voit les excès de table, de vin, de liqueurs alcoholiques et de café, placés auprès des plaies de tête, de l'insolation, des chagrins, etc. Les signes de la gastro-entérite font partie du grouppe de symptômes appelé *fièvre cérébrale.* La rougeur de la langue, la soif, la sensibilité épigastrique, etc., s'observent presque constamment dans l'encéphalite et la méningite. Les *fièvres adynamiques* se manifestent souvent à la fin des affections cérébrales, et principalement des apoplexies. L'anorexie habituelle, la constipation, la soif et l'état saburral de la langue s'observent presque toujours dans les irritations cérébrales chroniques. Tous les chirurgiens ont observé que l'embarras gastrique et la *fièvre bilieuse* étaient un des accidens les plus fréquens qui viennent compliquer les plaies de tête, et qu'il en était fort peu qui ne fussent pas suivies de vomissemens et des autres signes de l'irritation de l'estomac. L'examen des cadavres des individus affectés de maladies cérébrales a presque toujours fait voir des traces d'inflammation dans les voies digestives, et on les a toujours rencon-

(1) *Journ. univers.*, tom. 28.

trées chez ceux qui avaient eu de la fièvre. (1) C'est surtout par l'exaspération des symptômes de l'irritation cérébrale dans les *fièvres ataxiques* et *adynamiques* que les mauvais succès du traitement stimulant se manifestent. On voit dans le bel ouvrage de M. Lallemand que l'émétique, les purgatifs, l'arnica, l'acétate d'ammoniaque, le quinquina, le camphre, le musc, la noix vomique, l'éther, etc., exaspèrent les irritations cérébrales, et que sous leur influence la soif s'allume, la langue devient rouge et sèche, la peau chaude, et ce professeur fait bien voir que les inflammations encéphaliques seules ne produisent pas la fièvre. Enfin on ne rencontre dans les auteurs que très-peu de guérisons de maladies cérébrales traitées par les toniques; depuis l'origine de la doctrine physiologique, on en a, au contraire, rapporté un grand nombre qui ont été obtenues par la méthode antiphlogistique. (1)

Ces considérations suffisent pour faire apprécier l'importance d'une étude approfondie de la gastro-entérite, et l'influence que la connaissance de cette maladie doit exercer sur le reste de la pathologie. Pour compléter l'exposition des principes généraux de la doctrine de M. Broussais, nous devons encore présenter quelques considérations sur l'asthénie.

Dans notre premier article nous avons établi que l'action vitale peut éprouver deux modifications opposées dans leur essence, reconnaissant quelquefois les mêmes causes, et dont les résultats se confondent assez souvent. Ces deux états sont la sur-excitation ou irritation et la sous-excitation ou débilité.

---

(1) *Voy.* le Mémoire de M. Serres, sur l'apoplexie, *Annuaire des hôpitaux de Paris*.

(2) *Voy.* la deuxième Lettre de M. Lallemand, et les *Annales de la Médecine physiologique*.

L'asthénie est cet état d'un organe dans lequel l'énergie de l'action vitale est au-dessous du degré nécessaire à l'entretien normal de sa nutrition et de sa fonction. Pour acquérir des notions positives sur l'asthénie, il faut l'étudier d'après les mêmes principes que l'irritation; la considérer dans chaque organe en particulier et dans chaque système organique; examiner le mode d'action des causes qui la produisent, et l'influence qu'exercent les parties affaiblies sur toutes les autres.

La débilité résulte, 1.° de la soustraction partielle ou totale des stimulans qui mettent en action l'excitabilité des tissus; 2.° de l'irritation d'une autre partie. Dans le premier cas elle peut être primitive ou sympathique; dans le dernier, elle est secondaire. Nous avons vu, en effet, que les stimulans qui entretiennent l'action vitale, sont appliqués directement aux organes, ou que ceux-ci reçoivent sympathiquement la stimulation exercée sur d'autres parties; ils tomberont donc dans une faiblesse plus ou moins profonde, si l'une de ces deux sources de l'irritation est tarie; c'est ainsi que l'estomac sera frappé d'asthénie s'il ne reçoit plus qu'une petite quantité d'alimens insapides, et s'il est sans cesse en contact avec des liquides mucilagineux; il ne jouira plus alors du degré d'action nécessaire à l'entretien de ses fonctions. Or, cet organe entretenant avec tous les autres les relations les plus étroites, et la stimulation qu'il éprouve dans l'état de santé s'étendant à toute l'économie, les autres organes, et notamment le cerveau, le cœur et les muscles, ne sont plus assez stimulés quand l'estomac est dans l'asthénie, et leurs fonctions respectives languissent; car l'excitation qu'il leur envoie est indispensable à l'entretien de leur action.

L'asthénie produite par la soustraction des stimulans ne persiste pas toujours pendant long-temps; la partie débilitée peut réagir, et cette réaction détermine une irritation; c'est ainsi qu'après l'action du froid qui fait pâlir

les tissus, et diminue leur sensibilité, pendant qu'elle s'exerce; on voit la rougeur et la chaleur, et souvent même une véritable inflammation se manifester.

La faiblesse dépend plus souvent de la concentration de la vitalité dans une autre partie que du défaut de stimulation. En traitant précédemment des phénomènes de la révulsion, nous avons établi, d'une manière incontestable, que lorsque les forces se concentrent dans une partie, une ou plusieurs autres tombent dans l'asthénie. Voila pourquoi le premier sentiment que les malades éprouvent, est celui de la faiblesse, lorsqu'un viscère est enflammé, et c'est ainsi que la gastro-entérite détermine la prostration musculaire : réciproquement l'excitabilité diminue dans la membrane muqueuse gastro-intestinale, quand elle est exagérée dans les muscles. On sait que l'estomac peut supporter sans s'enflammer, les stimulans les plus énergiques à des doses très-élevées, dans le tétanos traumatique. Il arrive cependant un degré où la stimulation n'est plus innocente; j'en ai vu plusieurs exemples. De la connaissance de ces phénomènes, il résulte un principe fort important, sur lequel nous avons déja appelé l'attention au commencement de ce travail (1) : c'est que sous l'influence des causes débilitantes, la faiblesse n'est jamais générale; que l'irritation et l'asthénie se rencontrent presque toujours en même temps chez le même individu.

On sait que les tissus qui ont été enflammés, conservent souvent pendant long-temps une grande sensibilité, et même une irritation chronique; quelquefois il arrive un phénomène tout opposé. On voit, dans l'intervalle des accès de certaines gastro-entérites intermittentes, la langue devenir blanche, humide et large : circonstance qui, jointe au défaut d'appétence pour les alimens et les

(1) Premier article.

boissons, au malaise et à l'abattement du malade, dénote un état d'asthénie de l'estomac. On observe quelquefois le même phénomène chez des individus lymphatiques, après les gastro-entérites aigües qui ont nécessité une longue abstinence et d'abondantes évacuations sanguines. Dans les tissus affectés de dégénérescences organiques, on pourrait croire quelquefois aussi que l'asthénie a remplacé l'irritation ; mais, en considérant attentivement ce qui se passe dans ces cas, on reconnaîtrait bientôt le peu de fondement de cette opinion. Que, sous l'influence de l'irritation, il se développe dans un tissu rouge une substance fibro-cartilagineuse, celle-ci jouira d'un degré de vitalité moins élevé que la partie qu'elle a remplacée ; mais ce degré étant en rapport avec l'organisation du tissu nouveau, on ne peut pas dire qu'il soit dans l'asthénie.

Pour bien comprendre tous les phénomènes de l'asthénie, il faut se rappeller que chaque organe présente deux ordres de mouvemens, les uns relatifs à sa nutrition, et les autres à sa fonction. L'asthénie peut se manifester par la diminution de l'activité de la nutrition ou par celle de la fonction : nous appellerons la première, avec M. le docteur Boisseau, *asthénie de nutrition*, et la seconde *asthénie de fonction*. Celle-ci peut être liée à celle-là : c'est ainsi que l'on voit les muscles atrophiés, privés en même temps de la faculté de se contracter ; mais plus souvent la diminution ou l'abolition de la fonction dépend de l'exagération des phénomènes organiques ; ainsi l'estomac enflammé n'est plus apte à la digestion ; il en est de même des reins pour la sécrétion de l'urine ; des muscles pour leur contraction, du cerveau pour les fonctions cérébrales, de l'œil pour la vision, etc.

L'asthénie de nutrition peut déterminer l'asthénie de fonction, mais jamais elle ne peut produire son exaltation. L'abolition de la fonction d'un organe peut aussi entraîner la diminution de ses phénomènes organiques ;

c'est ainsi que la perte du mouvement dans les muscles d'un membre est suivie de leur atrophie, parce que la fonction elle-même est un stimulant pour l'organe qui l'exécute, comme l'a fort bien établi Brown. Il est remarquable, qu'en général, les causes qui déterminent l'exagération des phénomènes organiques produisent l'asthénie de fonction, et que celles qui sont propres à donner à cette dernière plus d'activité, agissent en sens inverse des premières. Nous venons de voir que les organes enflammés n'étaient plus aptes à l'exécution de leurs fonctions: l'excès de son exercice et l'action trop long-temps continuée des stimulans produisent le même résultat. On sait que l'amaurose est fréquente chez les individus que leur profession expose à l'action d'une lumière vive, que les excès vénériens ne permettent plus que de faibles érections, que la difficulté de se mouvoir est le résultat d'une contraction musculaire trop long-temps soutenue, et que la soustraction de la lumière, la continence et le repos rendent à la rétine sa sensibilité, à la verge sa faculté érectile, et aux muscles toute la force de leurs contractions.

Le traitement de l'asthénie est fort simple, quand on sait remonter à sa cause; il est évident, d'après les considérations qui précédent, qu'il ne présente que ces deux indications; 1.° quand la débilité est le résultat de la soustraction des excitans, rendre à l'organe qui en a été privé ses stimulans naturels, quelquefois recourir à des agens plus énergiques, ou stimuler l'organe dont la débilité primitive a entraîné l'asthénie secondaire d'une autre partie; 2.° quand elle est la conséquence d'une irritation, faire cesser celle-ci et stimuler l'organe débilité, si on peut le faire sans ajouter à l'intensité de la première.

La première indication est toujours facile à remplir, mais il faut apporter la plus grande circonspection dans l'emploi des excitans; la vitalité affaiblie reprend son type

normal avec la plus grande facilité, tandis qu'on n'est jamais certain de détruire les phlegmasies auxquelles on peut donner lieu par l'abus des toniques : on doit d'autant plus le craindre, que l'indication de stimuler se présente rarement seule, ainsi que nous l'avons établi plus haut. Autant la première indication est facile à remplir, autant la seconde offre souvent de difficultés; les phlegmasies qui produisent l'asthénie d'une partie de l'organisme sont ordinairement violentes ou chroniques; et l'on sait que trop souvent les unes et les autres sont au-dessus des ressources de la thérapeutique. Quoi qu'il en soit, la débilité qui accompagne les irritations ne comporte pas d'autre traitement que celui qui est propre à détruire la cause qui l'entretient, tant que celle-ci est assez intense pour être exaspérée par les toniques; de là le danger de leur emploi dans les gastro-entérites avec forme adynamique, dans les gastrites chroniques, etc.; aussitôt que le contraire, a lieu, dit M. Broussais (1), la débilité fournit des indications qui se combinent avec celles qui dépendent de l'irritation; enfin, lorsque celle-ci a cessé, la débilité devient la maladie principale. Dans les dernières propositions de l'examen, on trouvera des préceptes fort importans sur les cas où il convient de recourir aux toniques.

Tel est le seul point de vue sous lequel l'asthénie puisse être considérée; ce que nous en avons dit suffit pour faire voir la clarté que le professeur du Val-de-Grâce a répandue sur la théorie, et pour répondre au reproche que l'on a fait à la nouvelle doctrine de n'avoir étudié et de ne connaître que l'irritation. (2).

(1) *Prop.* CCXXVIII.

(2) Ceux de nos lecteurs qui voudraient des notions plus étendues sur la doctrine de M. Broussais, liront avec fruit l'ouvrage que vient de publier M. Goupil, sous le titre *d'Exposition des principes de la nouvelle Doctrine médicale*; 1 vol. in-8.° Chez Baillière.

Observations (1) *et Recherches anatomico-pathologiques sur l'hypertrophie du cœur; par M.* J. Bouillaud, *D.-M.-P.*

Ce n'est que vers le seizième siècle que les médecins anatomistes recueillirent les premiers faits qui devaient servir à composer l'histoire des maladies du cœur. Un peu plus tard, Lancisi, Valsalva et Albertini répandirent, sur ce point important de la médecine, de précieuses lumières. Enfin le père de l'anatomie pathologique, l'illustre Morgagni, consacra plusieurs lettres de son immortel ouvrage à l'étude des diverses lésions du cœur, et enrichit la science de nombreuses observations qu'il eut le soin d'accompagner de réflexions où brille une sagacité profonde. A peu près à la même époque parut le magnifique ouvrage de Sénac sur la structure et les maladies du cœur. Ce traité, qui fut honoré du suffrage du célèbre Morgagni, resta long-temps le livre le plus complet que l'on possédât sur cette matière. Cependant, au commencement de ce siècle, M. Corvisart reconstruisit, en quelque sorte, l'édifice que Sénac avait élevé; et riche de l'observation de ses prédécesseurs, plus riche encore de sa propre observation, publia son *Essai sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux:* ouvrage excellent, devenu classique, mais qui, déjà aujourd'hui, n'est plus au niveau de la science; car personne n'ignore combien les recherches de MM. les professeurs Bertin et Laennec ont ajouté à nos connaissances sur la pathologie du cœur. En effet, malgré les travaux importans de M. Corvisart, il restait encore à déterminer, d'une manière plus précise, les diverses formes, les divers *accidens* de l'affection

(1) Recueillies dans le service de M. Bertin, à l'hôpital Cochin.

désignée sous le nom vague et très-souvent *impropre* d'anévrysme du cœur; et à écarter les voiles épais qui enveloppaient encore le diagnostic de cette maladie. Cette tâche difficile a été heureusement remplie par les deux médecins que j'ai cités tout-à-l'heure. En attendant que M. Bertin publie son ouvrage sur les lésions organiques du cœur, qu'il me soit permis de donner en note (1) un extrait du rapport fait à l'Académie des Sciences par

---

(1) Après avoir indiqué les travaux de Sénac, de Lancisi, de MM. Portal, Corvisart, Kreissig, Burns, Testa, Meckel, Hogdson et Laennec, sur les maladies du cœur, MM. les rapporteurs ajoutent ce qui suit : « Les mémoires de M. Bertin ne le cèdent en rien aux écrits dont nous venons de citer les auteurs, et nous pourrions, à beaucoup d'égards, revendiquer en faveur de M. Bertin l'antériorité de l'observation, et de la connaissance de plusieurs lésions organiques du cœur, sur lesquelles il a communiqué à l'Académie des observations, à une époque où quelques-uns des ouvrages les plus estimés sur ce sujet n'avaient pas encore été publiés. En effet, lorsque cet auteur présenta à l'Académie, le 8 août 1811, son premier Mémoire, on n'avait encore que faiblement distingué l'épaississement du cœur d'avec la dilatation de ses parois, et l'augmentation de ses cavités désignée sous le nom d'anévrysme. On ne semblait pas avoir distingué l'augmentation simple de nutrition des parois musculaires du cœur, d'avec les altérations plus ou moins profondes que peut présenter cette nutrition. A cette époque, M. Corvisart nommait ces espèces d'altérations, *anévrysmes actifs*, sans déterminer les circonstances et les caractères anatomiques qui tendent à diminuer et même à détruire cette activité; et M. Portal ne considérait dans cet épaississement du cœur qu'une transformation en une substance étrangère au tissu musculaire de cet organe, et avait été conduit à ne regarder cet état anatomique que comme toujours passif.

Ce fut alors que M. Bertin, après avoir recueilli un grand nombre d'observations, essaya de démontrer, dans son premier Mémoire, que la dénomination d'anévrysme ne donnait pas une idée exacte des dilatations du cœur; que l'épaississement ou l'hypertrophie de cet organe pouvait avoir lieu sans dilatation et même avec rétrécissement de ses cavités; que l'activité trop généralement attribuée à une espèce de dilatation du cœur avec épaississement des parois, s'affaiblissait en raison de ses complications, sur-tout lorsque l'épaississement, doué d'abord des caractères du tissu musculaire, mais perdant ensuite de sa consistance, devenait d'un brun foncé, se ramollissait, se relâchait; et lorsqu'il offrait une dis-

MM. Duméril, Pelletan et Pinel, sur les mémoires que M. Bertin a présentés à cette savante société.

M. Laennec, dans ces derniers temps, s'est rendu justement célèbre, et s'est acquis des droits éternels à la reconnaissance de la médecine, en inventant l'ingénieuse méthode d'exploration (1) qui a élevé le diagnostic, encore alors si obscur, des maladies du cœur à un tel degré de précision et de certitude, que celui même de la plupart des maladies chirurgicales doit, pour ainsi dire, en être jaloux.

Pour ne point donner à ce travail une étendue que ne comporterait pas ce journal, je vais me borner à rapporter le nombre d'observations strictement nécessaire pour appuyer quelques idées nouvelles sur la doctrine de l'hypertrophie du cœur, et pour démontrer que, comme M. Bertin l'a établi le premier, elle peut coïncider avec l'état naturel des cavités du cœur, avec la dilatation de ces mêmes cavités, et enfin avec leur rétrécissement. Ces observations formeront la première section de mon mémoire. La seconde section sera consacrée à l'histoire générale de l'hypertrophie dont elles auront offert des exemples.

SECTION PREMIÈRE. — *Observations sur les diverses formes d'hypertrophie du cœur.* — *Obs.* Ire. — *Battemens du cœur forts, concentrés et sourds; apoplexie..... mort le 3e jour après l'attaque.* — *Hypertrophie simple du ventricule*

position anatomique inverse, c'est-à-dire, un endurcissement de son tissu, rencontré le plus souvent dans les piliers et les colonnes de la cavité des ventricules..... Les distinctions admises par l'auteur sont déduites d'un grand nombre de faits bien observés, et qui ont demandé beaucoup de temps, de sagacité et de patience dans les recherches anatomiques. L'auteur a toujours eu soin de s'en tenir à la description exacte des faits, et de rallier les symptômes avec les divers résultats fournis par l'anatomie pathologique, etc.........

(1) Voy. *le Traité de l'auscultation médiate*.

gauche du cœur; épanchement de sang dans les ventricules cérébraux, etc. — Péchard, François, âgé de 65 ans, paveur, d'un tempérament sanguin, d'une constitution apoplectique; sujet, depuis quatre à cinq ans, à des céphalalgies et à des étourdissemens quelquefois suivis d'une perte momentanée de connaissance, jouissait d'ailleurs d'une très-belle santé. Les accidens que je viens d'indiquer se dissipaient ordinairement par l'apparition d'abondans saignemens de nez. Depuis quelques jours, cet homme éprouvant des étourdissemens plus violens que de coutume, attendait avec une sorte d'impatience le retour des hémorrhagies nasales qui le soulageaient si efficacement, lorsque, le 13 septembre, il perdit tout-à-coup connaissance pendant qu'il travaillait avec ses camarades. Ceux-ci l'apportèrent, quelques heures après, à l'hôpital Cochin. Lorsque je l'examinai, à dix heures du soir, il présentait les symptômes suivans. — Il avait vomi une bile verdâtre et rendu involontairement ses matières fécales; son visage était injecté, sa tête penchée à droite, sa bouche tirée du même côté; la pupille droite était plus grande que la gauche; il avait entièrement perdu l'usage du sentiment et du mouvement volontaire; les membres droits exécutaient quelques faibles mouvemens automatiques, tandis que les gauches, soulevés et abandonnés à leur pesanteur, tombaient comme des corps inertes; la respiration était stertoreuse, *mais seulement par intervalles*; le pouls était grand, fort, élevé, un peu fréquent; les battemens du cœur, écoutés avec soin, étaient *forts, concentrés et sourds*, surtout dans *la région du ventricule gauche*.

Diagnostic. — Hypertrophie du ventricule gauche, apoplexie sanguine. — Je pratiquai sur-le-champ une saignée de quatre palettes, et j'appliquai des sinapismes aux pieds. Le lendemain, deuxième jour de l'attaque, à neuf heures du matin, peu de changement : quelques secousses con-

vulsives dans le bras gauche, intermittence et irrégularité du pouls. — M. Cayol, en l'absence de M. Bertin, prescrit une saignée de trois palettes et une potion avec dix grains d'émétique, pour en donner une cuillerée d'heure en heure. Examiné plusieurs fois dans la journée, le malade offrit des phénomènes qui, n'ayant pas de rapport direct avec le sujet dont je m'occupe ici, me semblent pouvoir être passés sous silence. — A dix heures du soir, les membres étaient dans une résolution complète, la déglutition difficile, le pouls lent, irrégulier. — Le 15 au matin, ronflement stertoreux moins bruyant, mais plus continu que la veille, strabisme, roulement des yeux, agitation convulsive des ailes du nez, nul signe de sentiment ni de mouvement des membres. (*Nouvelle potion avec émét. dix grains; vingt sangs. à chaque tempe; vésicat. aux jambes.*) — Le soir, visage pâle et livide, sueurs; alternatives de ronflement stertoreux et de suspension de respiration; pouls petit et très-inégal; selles involontaires, point de vomissement... mort à huit heures.

Autopsie cadavérique douze heures après la mort, en présence de M. Cayol. — 1° *Habitude ext.* Cadavre d'un homme de cinq pieds deux pouces, robuste et bien conformé; face pâle et point gonflée. — 2.° *Organes respir. et circulat.* — Poumons volumineux, bien crépitans, adhérens aux parois pectorales, à peine engorgés à leur bord postérieur. Le cœur, d'un bon quart plus volumineux que le poing du sujet, présente une forme arrondie. L'augmentation de son volume tient exclusivement à l'hypertrophie du ventricule gauche, qui semble constituer le cœur tout entier: les parois de ce ventricule ont, dans leur milieu, environ quatorze lignes d'épaisseur: celle-ci diminue graduellement vers la base et le sommet; les colonnes charnues sont très-robustes; la cavité ventriculaire offre très-sensiblement sa capacité naturelle. Le ventricule droit paraît n'être qu'un appendice du gauche au-

quel la cloison ventriculaire hypertrophiée semble appartenir en propre ; les deux oreillettes sont épaisses : la droite est plus ample que la gauche ; leurs orifices et leurs valvules sont dans l'état normal ; le tissu du cœur est rouge, ferme et vermeil ; l'artère coronaire gauche, très-volumineuse, est presque doublé de la droite. — L'aorte, dilatée à son origine, bosselée et comme plissée à sa surface extérieure, contient des caillots de sang : sa face interne est jaune, rugueuse, ulcérée et parsemée de plaques dont les unes sont cartilagineuses et les autres déjà ossifiées, minces et semblables à des fragmens de coquille d'œuf; la surface des ulcérations est rougeâtre : autour d'elles le tissu artériel est friable et comme terreux : elles intéressent la membrane interne et les premières couches de la membrane moyenne ; les parois de l'aorte, généralement épaissies, crient sous l'instrument qui les divise ; les vaisseaux de la membrane celluleuse sont très-apparens, injectés et rouges ; les artères qui naissent immédiatement de l'aorte, celles de la base du crâne, les ophthalmiques, sont également incrustées de lames plâtreuses, calcaires ou cartilagineuses. — 3.° *Organes encéphaliques.* — Les sinus sont gorgés de sang ; les méninges en sont comme infiltrées, surtout dans les anfractuosités cérébrales ; les ventricules latéraux sont dilatés par une grande quantité de sang liquide : leur cloison est déchirée ; l'épanchement est plus considérable dans le ventricule droit que dans le gauche ; la substance cérébrale est ferme et comme piquetée de sang. — 4.° *Organes abdominaux.* — L'estomac et l'intestin grêle contiennent de la bile : la membrane muqueuse du premier est généralement rouge, celle du second est pâle ; la membrane muqueuse du gros intestin présente un fond verdâtre, sur lequel se dessinent des arborisations rosées ; le foie est gorgé de sang ; la vessie, distendue par l'urine, s'élève bien au-dessus du pubis.

Voici un exemple bien remarquable d'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, sans augmentation ni diminution de sa cavité. M. Bertin est le premier qui ait étudié, d'une manière particulière, cette forme de l'hypertrophie. Néanmoins, Morgagni en a donné un exemple dans sa 17.ᵉ lettre; et M. Corvisart en a cité un autre dans l'article où il traite de l'anévrysme de l'aorte (pag. 335, 3.ᵉ édit.). J'ai déjà publié un cas semblable dans l'article sur le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, inséré dans le tome 3.ᵉ des *Archives*, pag. 44 : M. Bertin en possède un très-grand nombre.

Je ne ferai qu'indiquer, en passant, la coïncidence de l'hémorrhagie cérébrale avec l'hypertrophie du ventricule gauche. Je reviendrai, dans la deuxième section de ce mémoire, sur la connexion qui existe entre l'une et l'autre. Je ferai remarquer seulement ici que l'apoplexie a remplacé d'une manière funeste l'épistaxis qui avait si souvent soulagé le malade. C'est une sorte d'erreur de la nature médicatrice qui, cette fois, au lieu de diriger le mouvement hémorrhagique vers la membrane pituitaire, l'a déterminé sur l'encéphale, aux dépens de la vie du malade. Nous allons voir, dans l'observation suivante, une hypertrophie du ventricule gauche coïncidente avec un ramollissement du cerveau; observation qui nous conduira, par une transition presque insensible, de l'hypertrophie simple à l'hypertrophie avec dilatation de la cavité épaissie.

Obs. II. Battemens de cœur très-forts et semblables à des coups de marteau; paralysie du côté gauche; roideur des membres droits; perte de l'intelligence; mort.... hypertrophie avec légère dilatation du ventricule gauche; ramollissement de l'hémisphère droit du cerveau, etc. — Bossuet, Jeanne, âgée de 79 ans, domestique, grande, maigre, pâle et nerveuse, fut apportée à l'hôpital Cochin le 18 juin 1822. Tout ce que purent nous apprendre les personnes qui la conduisirent, c'est qu'elle avait perdu su-

bitement connaissance il y avait quinze jours; que ses facultés intellectuelles s'étaient ranimées en partie au bout de quelques instans, mais que depuis il était resté une paralysie du côté gauche. Quoi qu'il en soit, nous observâmes, à son entrée, l'état suivant: tête penchée à droite, bouche déviée dans le même sens; langue obliquant légèrement à gauche quand la malade la tire, ce qui lui est très-difficile; pupilles égales, mobiles; visage exprimant une sorte d'étonnement idiotique; paralysie des membres gauches, *mais surtout de l'inférieur;* cris, agitation, loquacité mal articulée, état de *subdelirium;* pulsations véhémentes de toutes les artères, et principalement des carotides; les battemens du cœur soulèvent les vêtemens de la malade : ils sont vigoureux, secs et bien détachés: explorés avec le cylindre, ils ressemblent à des coups de marteau et produisent un son un peu clair.

Diagnostic. — Hypertrophie du cœur; phlegmasie cérébrale (*infusion d'arnica*). Cependant les traits se décomposent; le membre supérieur non paralysé se roidit et résiste à l'extension; la malade, plongée dans un collapsus comateux, pousse néanmoins des gémissemens et des cris presque continuels, et expire enfin le cinquième jour après son entrée.

Autopsie cadavérique trente heures après la mort. — 1.° Rigidité générale des membres; cadavre maigre, mais bien conformé. — 2.° *Org. circul. et respir.* — Poumons parfaitement crépitans. Péricarde injecté; cœur beaucoup plus volumineux que le poing du sujet; ventricule droit environné d'une grande quantité de graisse, mais d'ailleurs dans l'état normal : il ne contient pas de sang, non plus que l'oreillette correspondante dont les colonnes charnues sont très-fortes. Le ventricule gauche, hypertrophié, a des parois dont l'épaisseur est d'environ onze lignes, excepté vers la pointe où elle diminue graduellement; l'épaisseur de la cloison ventriculaire est d'envi-

ron sept lignes ; les piliers charnus du ventricule gauche sont très-nombreux ; sa capacité semble un peu augmentée ; l'oreillette gauche est légèrement épaissie ; le tissu des ventricules est rouge et ferme ; les artères coronaires, très-apparentes à la surface du cœur, ont leurs parois dures et *ossifiées dans tout leur trajet;* les valvules aortiques sont parsemées de plaques calcaires ; des points jaunâtres, rudimens d'ossification, se rencontrent dans toutes les autres valvules du cœur. Le commencement de l'aorte est dilaté. Ce vaisseau, les artères qui en naissent, celles des membres et surtout des inférieurs, les artères de la base du crâne, les ophthalmiques présentent des altérations tellement analogues à celles que j'ai décrites dans l'observation précédente, que je me borne à les mentionner. Tout le système artériel en général est rempli de sang liquide, tandis que le système veineux, revenu sur lui-même, en contient à peine. — 3.° *Org. encéphal.* — Sérosité abondante à la base du crâne et dans les ventricules. L'arachnoïde qui recouvre la convexité du cerveau est opaque, laiteuse ; le lobe postérieur de de l'hémisphère droit offre une teinte jaune très-prononcée : il est ramolli et comme déliquescent : à son centre se trouve une matière purulente blanchâtre : sa substance ainsi altérée, offre d'ailleurs une rougeur et une injection considérables ; elle est parsemée de caillots de sang très-petits et de masses jaunes plus grosses, faciles à écraser et dont l'intérieur est infiltré de sang ; dans le foyer existe une membrane très-fine, parcourue de vaisseaux rouges bien distincts ; l'arachnoïde qui enveloppe les circonvolutions ramollies leur adhère si intimement, qu'elle paraît confondue avec elles : le reste du cerveau est sans altération notable ; les plexus et la toile choroïde contiennent des globules hydatidiformes. — 4.° *Org. abdom.* — Ils ne présentent rien que je doive noter ici, si ce n'est la présence d'une grande quantité de matières fécales endurcies dans le rectum.

On saisit au premier abord l'analogie qui existe entre cette observation et la précédente : il serait inutile d'insister sur ce point. — N'oubliez pas seulement qu'il n'existait, ni dans l'une ni dans l'autre, l'infiltration générale, la lividité des lèvres et les autres symptômes semblables que les auteurs ont jusqu'ici regardés comme inséparables des anévrysmes du cœur : nous verrons plus tard comment on doit expliquer ces phénomènes. Passons maintenant à des observations d'une autre forme de l'hypertrophie, de celle avec dilatation de la cavité. J'en ai donné deux exemples dans l'article déjà cité, inséré dans le tome III des *Archives* (observ. I et II.) ; j'en ai publié deux autres dans le même journal (même tome, pag. 549 et suiv. *Mémoire sur le diagnostic des anévrysmes de l'aorte*, etc.) : je vais en rapporter un autre.

Obs. III. — *Hypertrophie anévrysmale du ventricule gauche, hydrothorax ; ver tænia dans l'iléon, etc.* Brisson Pierre, maçon, d'une taille peu élevée, mais fortement constitué, assurait n'être malade que depuis une quinzaine de jours, lorsqu'il entra à l'hôpital Cochin, le 13 juin 1822. L'état très-alarmant où il se trouvait nous portait cependant à croire que sa maladie datait d'une époque plus éloignée. Voici quel était cet état. Douleur à la partie moyenne du thorax et à la région précordiale où le malade éprouve un sentiment d'oppression insupportable ; toux, orthopnée ; pouls fort, vibrant et régulier ; battemens du cœur peu sensibles à la main (l'état d'angoisse et d'agitation ne permet pas de pratiquer l'auscultation) ; céphalalgie, étourdissemens, éblouissemens fréquens ; insomnie des plus cruelles ; visage blême et bouffi ; lèvres grosses et un peu livides.

Diagnostic. — Anévrysme du cœur. — Prescription : *tisane apérit., jul., digit.* — Le 16 juin, quatrième jour après l'entrée, le malade, incessamment menacé de perdre la respiration, ne peut plus rester couché ; la frayeur

et l'anxiété sont peintes sur son visage. Le 17, le malade reste assis, appuyé sur le bord de son lit, la tête basse et le corps penché en avant; il gémit et est haletant; il implore nos secours et nous conjure de ne pas le laisser mourir. D'après l'ordre de M. Bertin, on pratique une saignée du bras; mais le sang ne coule que goutte à goutte, ce qui oblige de remplacer la saignée générale par l'application de trente sangsues à la région précordiale. Le 18, peau froide, œdème du pied droit (*vésic. sur la poitrine*); environ deux heures de sommeil la nuit suivante. — Le 19, jour d'orage et de pluie, augmentation rapide de tous les symptômes, étouffement, angoisses affreuses. Le malade nu, assis sur sa chaise, le tronc tendu et fortement courbé en avant, la tête appuyée sur le bord du lit, ne peut conserver d'autre position et s'attend à une mort prochaine. Le 20, situation de plus en plus déplorable; contraction comme convulsive du diaphragme, suffocation imminente, visage plus gonflé, yeux égarés, peau froide, désir de la mort qui arrive enfin à dix heures du matin.

Autopsie cadavérique vingt heures après la mort. — 1.° *Habit. extér.* — Cadavre bien conformé; infiltration des membres dont les veines sont gorgées de sang. — 2.° *Org. respir. et circul.* — Son mat des deux côtés de la poitrine; épanchement d'une très-grande quantité de sérosité légèrement rougeâtre dans les deux cavités de la plèvre; pressés par ce liquide et par la masse énorme du cœur, les deux poumons, peu volumineux, jouissent encore d'un tissu crépitant, mais condensé par la compression. Le péricarde contient une petite quantité de sérosité rougeâtre. Le cœur, gorgé de sang, énorme (quatre fois plus gros que le poing du sujet), occupe autant d'espace que les deux poumons réunis: il est situé transversalement, de manière que sa base comprime un peu le poumon droit, tandis que les deux ventricules pèsent, pour ainsi dire, de tout leur poids sur le poumon gauche. Dé-

barrassé des caillôts fibrineux noirs qui l'engorgent, le cœur conserve encore un volume extraordinaire. Le ventricule gauche a une capacité triple de celle qui lui est naturelle, et ses parois ont environ six lignes d'épaisseur: son tissu est rouge et assez ferme. L'oreillette gauche, excessivement petite en comparaison du ventricule, pourrait contenir un œuf de poulette. Le ventricule droit, bien moins ample que le gauche, un peu dilaté néanmoins, conserve son épaisseur ordinaire. Cette épaisseur assez uniforme dans toute l'étendue de ce ventricule, comme cela avait aussi lieu dans le gauche, diminue seulement un peu vers la pointe. L'oreillette droite, épaisse et charnue, est d'un bon tiers plus volumineuse que la gauche. Les orifices du cœur sont sains; l'aorte et l'artère pulmonaire sont gorgées de caillots de sang : la crosse de la première est sensiblement dilatée, tandis que son orifice est peut-être un peu rétréci. — 4.° *Org. abdom.* — La membrane muqueuse de l'estomac, de l'intestin grêle et du gros intestin présente une rougeur foncée, analogue à la couleur du kermès, et produite par l'engorgement mécanique des vaisseaux sanguins. Un tœnia vivant parcourt toute la longueur de l'intestin iléon. Le foie et la rate sont gorgés de sang; la vessie est contractée, rosée intérieurement. — 4.° *Org. encéph.* — Le cuir chevelu est aussi gorgé de sang; il existe une assez grande quantité de sérosité dans l'arachnoïde. A la convexité du cerveau, le feuillet viscéral de cette membrane adhère avec le feuillet pariétal, et présente çà et là diverses granulations; sur les côtés des hémisphères, l'arachnoïde est opaque, laiteuse et injectée; la substance cérébrale est d'une grande mollesse.

Dans le cas que je viens de rapporter, l'hypertrophie, au lieu d'exister suivant *l'épaisseur* des parois, existe suivant leur *surface*. Quoique l'épaisseur des parois soit sensiblement dans l'état normal, l'hypertrophie n'en est pas

moins véritablement énorme (1), puisque le ventricule gauche a une masse triple de celle qui lui est naturelle. J'ai choisi à dessein cette forme remarquable de l'hypertrophie anévrysmale. Quant à celle qui a lieu suivant l'épaisseur et la surface à la fois, elle est si commune que je ne veux point en donner ici de nouveaux exemples : c'est à elle que se rapportent les observations d'*anévrysmes actifs* de M. Corvisart, ainsi que la deuxième observation de mon Mémoire sur l'anévrysme de l'aorte. (*Arch.*, t. III, pag. 556.) Voici maintenant un cas d'hypertrophie du ventricule gauche avec rétrécissement de sa cavité. C'est à cette forme qu'appartient l'observation quatrième de l'article sur le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. (*Archiv. génér. de méd.*, t. III, pag. 48.)

IVe *Obs.* — *Battemens du ventricule gauche violens, sourds et peu étendus; palpitations; paralysie du bras droit, puis érysipèle à la face; mort.* — *Hypertrophie du ventricule gauche avec rétrécissement de sa cavité, ramollissement du cerveau et du cervelet*, etc. — Sally, Prudence, âgée de 40 ans, domestique, d'un tempérament sec et nerveux, née à Saint-Domingue, éprouvait depuis 8 ans, par intervalles, des palpitations, lorsqu'elle entra à l'hôpital Cochin le 8 avril 1822. Les menstrues, habituellement peu abondantes, mais régulières, avaient cessé de couler depuis un mois seulement. Pendant les trois années précédentes, on lui avait fait plusieurs saignées qui l'avaient soulagée. Au mois de janvier dernier (1822), le bras droit avait été entièrement paralysé. Lors de l'entrée, la paralysie n'était pas encore entièrement dissipée; le membre exerçait néanmoins des mouvemens volontaires, à la vérité très-faibles. La malade se plai-

(1) Cette hypertrophie a marché d'une manière très-rapide et pour ainsi dire aiguë, puisque le malade nous assurait n'avoir éprouvé les symptômes qui l'annoncent, que quinze jours avant son entrée.

gnait d'une céphalalgie assez violente, continuelle, occupant particulièrement les *côtés* et le *derrière de la tête*. Quand on l'interrogeait, elle répondait avec une lenteur extrême; ses traits respiraient une sorte de stupeur idiotique; elle éprouvait de temps en temps des palpitations et des étouffemens; le pouls était régulier, *peu développé*, mais *dur* et *fort*; les battemens du ventricule gauche, explorés avec le cylindre, étaient *forts*, *concentrés*, *sourds* et *profonds*. *Diagnostic :* hypertrophie du ventricule gauche, affection cérébrale. M. Bertin prescrit 15 sangsues au siége et une infusion de fleurs de tilleul et d'oranger. Il ne se passa rien de remarquable dans l'état de la malade jusqu'au 1.er mai. A cette époque, la conjonctive droite était vivement enflammée, la céphalalgie était intolérable; et il existait de la constipation. (*Vésic. à la nuque, hydromel, glaub., pédil., sinap.*)

Cependant le vésicatoire détermine un gonflement très-douloureux des ganglions lymphatiques du côté droit du cou, dans lesquels il se forme quelques foyers de suppuration. On pratique une petite incision qui est suivie de soulagement. Le 15 mai, après s'être promenée toute la journée, la malade éprouva une *attaque* de nerfs, sur les symptômes de laquelle je n'ai pu recueillir rien de satisfaisant. Elle dit en avoir éprouvé plusieurs autres semblables. La nuit suivante fut agitée (*potion calm.*, *pédil.*). Le 16, l'accès nerveux est tout-à-fait disparu; mais le côté droit du visage est le siége d'un érysipèle œdémateux; fièvre; quelques signes de délire dans la journée. Le 17, l'érysipèle s'étend à toute la face (30 *sangsues au cou et au visage, petit-lait émét., limon., diète*). Le 18, fièvre très-vive, tendance continuelle à sortir du lit; pas de réponse aux questions. Appelé auprès de la malade, à deux heures après midi, je la trouve sans connaissance: ses lèvres sont décolorées, la turgescence inflammatoire du visage est presque nulle, le visage est pâle, les pau-

pières sont fermées, le sentiment est éteint; le pouls est fréquent et petit, la respiration rare, lente, accompagnée de râle; cependant les mouvemens respiratoires se ralentissent de plus en plus, le pouls perd sa fréquence, devient lent, s'évanouit; les battemens du cœur lui survivent; quelques inspirations demi-convulsives s'opèrent encore; pendant leur long intervalle on croit la malade morte; la main appliquée sur la région du cœur le sent encore tressaillir. Deux autres inspirations profondes se manifestent; un liquide écumeux abreuve la bouche; une sorte de frémissement se fait sentir dans les muscles de l'avant-bras, leurs tendons tressaillent; la respiration ne s'opère plus; la malade est morte.

Autopsie cadavérique 48 heures après la mort.—Point de rigidité, cadavre maigre, sans infiltration, bien conformé. 1.° *Organes respiratoires et circulatoires.* Les deux poumons sont sains; le cœur gorgé de sang, et, dans cet état, double du poing du sujet, remplit toute la partie antérieure gauche de la poitrine, en s'étendant jusque vers la clavicule; les orifices ne présentent rien de notable, que la rougeur de leurs valvules. *Le ventricule gauche extrêmement robuste a ses parois épaisses d'un bon pouce dans leur partie moyenne; l'épaisseur diminue vers la base et le sommet; quelques colonnes charnues sont également hypertrophiées; la cavité du ventricule est très-sensiblement rétrécie.* Le ventricule droit, dont la pointe descend moins bas que celle du gauche, et les deux oreillettes sont à-peu-près dans leur état normal; la cloison inter-ventriculaire a six lignes d'épaisseur; le tissu musculaire du cœur est rouge, ferme et vermeil; l'aorte, dont le calibre est peu considérable, contient de longs cordons fibrineux; sa face interne est parsemée d'écailles jaunâtres, terreuses, calcaires ou fibro-cartilagineuses. La même altération se remarque dans les artères du bassin, des membres abdominaux et surtout dans celles

du cerveau. Les artères coronaires, les carotides, les artères des membres thoraciques sont saines, si ce n'est que les premières sont plus volumineuses que dans l'état naturel. 2.° *Les organes abdominaux* présentèrent diverses altérations qu'il est inutile de rapporter ici. 3.° *Organes encéphaliques*. Ramollissement inflammatoire du corps strié droit et de la partie moyenne inférieure de l'hémisphère gauche ; ramollissement de la partie centrale de l'hémisphère droit du cervelet. (Je ne fais qu'indiquer ces altérations, qu'il serait trop long et superflu de décrire ici.)

Je viens de rapporter des exemples des diverses formes que l'hypertrophie peut affecter. Tous ces exemples ont trait à celle du ventricule gauche; le raisonnement indique, et l'observation démontre, que le ventricule droit peut être le siége de toutes ces espèces d'hypertrophie. L'*anévrysme actif* du ventricule droit constitue l'hypertrophie avec dilatation de cet organe; les auteurs ne signalent même que cette forme dans leurs ouvrages (*voyez* Corvisart). J'en ai donné une observation remarquable dans l'article déjà cité sur le rétrécissement des orifices du cœur (tom. III de ce *Journal*, pag. 39, IIe *Obs.*); il est inutile d'en citer ici de nouvelles. On trouve dans la 17.e lettre de Morgagni, l'observation très-intéressante d'une hypertrophie simple ou sans dilatation du ventricule droit. On en trouve un grand nombre dans l'ouvrage inédit de M. Bertin sur les maladies du cœur. Je vais emprunter à cet auteur une observation extrêmement curieuse d'hypertrophie du ventricule droit, avec rétrécissement de sa cavité. (Cette observation a été lue par M. Bertin à l'Institut, et a été déjà publiée, mais sous un point de vue différent de celui sous lequel nous la considérons aujourd'hui, dans les *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale*, par M. Lallemand.) C'est par elle que je terminerai cette section; car je ne veux

point donner d'observations spéciales de l'hypertrophie des oreillettes : on en voit d'ailleurs des exemples dans les observations ci-jointes et dans celles que j'ai déjà publiées dans les Mémoires indiqués plus haut. Qu'il me suffise de dire, avec M. Bertin, que cette hypertrophie peut présenter les mêmes formes que celle des ventricules qu'elle complique ordinairement, et que par elle-même elle ne présente pas une grande importance, surtout sous le rapport thérapeutique.

V.e *Obs. — Symptômes généraux de maladie du cœur; crampes, paralysie, puis mouvemens convulsifs des membres gauches; mort. — Hypertrophie des deux ventricules du cœur, mais surtout du droit, qui est considérablement rétréci; cloison membraneuse à l'orifice de l'artère pulmonaire, etc. Abcès enkysté et ramollissement inflammatoire de l'encéphale.* — Vilain, Marie-Gabrielle, a présenté dès sa plus tendre enfance quelque chose d'insolite dans sa physionomie. Aussitôt qu'elle se livrait à un exercice un peu pénible, son visage se colorait d'un rouge-violacé; sa respiration, habituellement gênée, le devenait à un très-haut degré quand elle montait un escalier. A 47 ans, elle cessa d'être réglée et commença à se plaindre de palpitations accompagnées d'une douleur aiguë à la région précordiale. Souvent elle s'arrêtait pour sentir battre son cœur, et disait alors qu'elle mourrait bientôt; enfin ses lèvres et son visage devinrent tellement bleuâtres, même quand elle marchait à pas lents, qu'elle n'osait plus se montrer dans les rues. Elle était sujette à de fortes hémorrhagies nasales dont une fut très-effrayante par son abondance et sa durée; elle éprouvait souvent des crampes dans les membres. Sa constitution fut d'ailleurs toujours assez faible; sa taille prit peu de développement; elle resta fille et mena une vie régulière. Elle était parvenue à l'âge de 57 ans, lorsque le 1.er juillet 1821, vers midi, elle se plaignit à sa sœur d'une espèce de crampe dans la

main et le pied gauches. Bientôt elle éprouva une grande gêne dans les mouvemens de ces membres ; enfin elle perdit entièrement le mouvement et le sentiment de tout ce côté du corps, conservant néanmoins toute sa raison et même l'usage de la parole. Le 3.e jour après ces accidens, elle entra à l'hôpital Cochin dans l'état suivant : face animée, d'un rouge-violacé ; lèvres bleuâtres, yeux saillans et brillans ; orthopnée ; pouls petit, facile à déprimer au bras gauche, dur et assez fort au bras droit ; paralysie complète du côté gauche (*arnica, potion éthérée*). Pendant la nuit, les membres paralysés éprouvent tout-à-coup des convulsions pareilles à celles que détermine la noix vomique ; en même temps la respiration devient plus laborieuse, la face plus animée ; les yeux sont plus brillans ; les lèvres présentent une couleur de rose ; les battemens du cœur sont tumultueux ; en appliquant la main sur la région précordiale, on sent une espèce de frémissement vibratoire (15 *sangsues à l'anus, potion digit.*). Tous ces symptômes se calmèrent promptement, et ne furent point accompagnés de perte de connaissance. Le 4.e jour, à la visite, M. Bertin fit pratiquer une saignée du bras ; la journée fut assez calme. Du 5.e au 12.e jour, plusieurs accès semblables au précédent, mais moins longs et moins violens, se manifestèrent ; enfin, le 12.e jour, vers midi, la malade perdit subitement connaissance : face animée, yeux extrêmement brillans et saillans, agités de mouvemens convulsifs ; dilatation de la pupille ; respiration s'embarrassant de plus en plus ; paralysie universelle ; battemens du cœur et des carotides plus fréquens et plus forts. A l'instant même de l'accès, on fit une saignée du bras, à la suite de laquelle la malade pouvait mouvoir un peu le bras droit ; elle semblait même comprendre ce qu'on lui disait. Mais cette amélioration ne dura qu'un instant, les symptômes s'étant au contraire aggravés, la malade mourut le lendemain,

13.e jour après le développement des accidens cérébraux.

Autopsie cadavérique, en présence de MM. Bertin, Breschet et plusieurs autres. — 1.° Le cœur avait un volume énorme; il pesait 12 onces, tandis que celui d'une autre femme, examiné comparativement, ne pesait que 4 onces; l'oreillette droite, très-développée, contenait plusieurs onces de sang; une ouverture résultant du défaut d'oblitération du trou botal, de 4 lignes environ de diamètre, établissait une communication entre les deux oreillettes; l'orifice auriculo-ventriculaire droit était étroit; la cavité du *ventricule correspondant*, rétrécie, *aurait pu contenir un œuf de pigeon;* ses parois avaient *une épaisseur qui variait de* 16 *à* 11 *lignes;* les valvules étaient petites, mais leurs cordes étaient fortes et comme enveloppées d'un prolongement de la substance charnue; *l'orifice de l'artère pulmonaire offrait une cloison horizontale*, convexe du côté du poumon, concave du côté du ventricule, percée à son centre d'une ouverture de deux lignes et demie de diamètre, parfaitement circulaire: cette sorte *d'hymen* avait sur sa convexité trois petits replis ou rides, mais on ne voyait sur aucune de ses faces rien qui pût indiquer des vestiges de la séparation en trois valvules. Au-delà de cette cloison, l'artère pulmonaire ne présentait aucune particularité; l'oreillette gauche, de grandeur à-peu-près ordinaire, offrait l'orifice du trou botal ci-dessus décrit; le ventricule gauche, plus ample que dans l'état naturel, avait aussi des parois plus épaisses; l'aorte était parsemée de plaques osseuses et cartilagineuses; le canal artériel était entièrement oblitéré. 2.° Le lobe antérieur de l'hémisphère droit du cerveau contenait un abcès enkysté. Autour de la membrane molle et vasculaire qui renfermait le pus, la substance cérébrale offrait une rougeur foncée qui s'affaiblissait à mesure qu'on s'éloignait du foyer et passait ensuite à une teinte

jaune; la substance était sensiblement ramollie dans cet endroit; sous la méninge, on trouvait çà et là une matière couënneuse ou albumineuse dont la consistance, en quelques points, était assez grande.

Cette observation, si importante sous beaucoup de rapports, offre une disposition anatomique de l'orifice de l'artère pulmonaire, dont les fastes de la science, comme le dit M. Bertin, ne fournissent aucun exemple; l'on trouve seulement un fait analogue dans la 17.e lettre de Morgagni; néanmoins, il existe entre l'observation de Morgagni et celle de M. Bertin, sous le rapport dont il s'agit, des différences que tout le monde apercevra sans peine après avoir lu le passage dans lequel Morgagni décrit l'altération de l'orifice ventriculo-pulmonaire. Voici cette description : « *Sigmoïdes autem quæ pulmonaris arteriæ ostio præficiuntur, ad basim quidem erant secundum naturam; sed parte superiore cartilagineæ videbantur; quin exiguum ossis frustulum jàm habebant : erantque ea parte sic inter se colligatæ, ut vix foramen relinquerent, lente non majus, per quod sanguis exiret. Erant autem ad illud foramen quædàm exiguæ productiones carneomembranosæ, ea ratione collocatæ, ut valvularum vices supplere possent, egredienti sanguini cedendo, regressuro autem obstando.* » (*De Sedib, et caus. morb. t. secund.*, *p.* 325 *et* 326. *Non. edit. curante* F. Chaussier.)

Cette observation nous présente un exemple frappant de la complication si commune des diverses affections du cœur entre elles. On y rencontre un phénomène qui paraît bien extraordinaire au premier abord, je veux dire le rétrécissement du ventricule droit. Il semblerait au contraire que, vu l'obstacle qui existait à l'embouchure de l'artère pulmonaire, ce ventricule aurait dû se dilater. Cependant, on peut se rendre compte, du moins jusqu'à un certain point, de cette anomalie, en réfléchissant que, à la faveur du trou botal, une portion du sang destiné au

ventricule droit, pénétrait directement dans l'oreillette gauche : ce ventricule, loin de se dilater, a donc dû revenir en quelque sorte sur lui-même pour se mouler à la très-petite colonne de sang qui lui parvenait. Mais comment expliquer l'épaississement vraiment énorme de ce ventricule? On dira sans doute que la résistance constante qu'il était obligé de vaincre pour pousser le sang dans l'artère pulmonaire, a pu en déterminer l'hypertrophie en le forçant à des contractions plus énergiques. Mais cette explication suppose que la quantité de sang que recevait le ventricule n'était pas proportionnée à la petitesse du passage par lequel il devait le faire pénétrer dans les poumons, et nous venons de voir tout-à-l'heure que cette hypothèse n'est guère admissible, puisque le ventricule, au lieu d'être dilaté, comme cela aurait dû arriver, était au contraire rétréci, ce que nous avons expliqué en imaginant qu'une portion plus ou moins considérable de la colonne de sang venant des veines caves coulait dans l'oreillette gauche, à travers le trou botal. Pour moi, si j'osais proposer ici une explication, je dirais que l'hypertrophie du ventricule droit peut avoir eu pour une de ses causes l'introduction d'une certaine quantité de sang de l'oreillette gauche dans la cavité de ce ventricule. On conçoit que la présence de ce sang rouge, artériel, oxygéné, dans l'intérieur du ventricule droit, que son contact inaccoutumé avec les parois de cet organe, a dû exciter une sorte d'irritation nutritive qui, agissant de dehors en dedans, a enfin déterminé cette forme d'hypertrophie qui se développe pour ainsi dire aux dépens de la cavité et que M. Bertin appelle pour cela *concentrique*. Je reviendrai, dans la section suivante, sur cette explication, à l'appui de laquelle je citerai de nouveaux faits. Je ne m'appesantirai point davantage sur l'analyse de cette observation, afin de ne pas exposer ici des idées que je serai obligé de développer dans la

prochaine section. Mais j'engage le lecteur à consulter la quatrième lettre de M. Lallemand sur les maladies de l'encéphale, où cette observation a été discutée avec toute la sagacité qui caractérise cet ingénieux observateur. On pourra comparer cette discussion avec le peu que je viens de dire, et voir en quoi nos opinions se rapprochent ou se repoussent.

§. II. — *Histoire générale de l'hypertrophie du cœur.* — L'ouvrage de M. Bertin, dont la rédaction m'a été confiée, étant sous presse, des engagemens sévères avec le libraire ne me permettent pas de donner à cette seconde partie de mon mémoire tous les développemens dont elle est susceptible. Je profiterai cependant du peu d'espace qui m'est accordé pour présenter quelques considérations sur la formation et l'influence de l'hypertrophie du cœur, et pour relever quelques erreurs généralement répandues sur cet objet.

1.° *Formation de l'hypertrophie.* — C'est avec raison que Blancard, Morgagni et M. Corvisart ont comparé l'hypertrophie du cœnr à l'accroissement de nutrition qui s'opère dans tous les organes, et particulièrement dans les muscles extérieurs, par l'effet d'un exercice habituel un peu considérable. Lorsque, en vertu d'un obstacle à son cours, ou de toute autre cause analogue, le sang abreuve trop abondamment les cavités du cœur, les engorge, reflue et pénètre en trop grande quantité dans les artères coronaires, l'organe, irrité par la présence de ce liquide, redouble d'énergie, et lutte, pour ainsi dire, contre la résistance qu'il éprouve. Or, ces contractions immodérées elles-mêmes, ajoutant en quelque sorte leur effet à celui de la présence d'une trop grande quantité de sang, déterminent un nouvel afflux de liquide dans le cœur. Cet organe stimulé outre mesure, contracte une sorte d'*irritation nutritive*, augmente de masse et d'épaisseur, et ses mouvemens acquièrent une viguenr et une énergie

proportionnelle au développement de l'hypertrophie. Plus volumineux, plus épais, plus robuste que le ventricule droit, le ventricule gauche, en contact avec un sang plus vif, plus irritant, plus nutritif, est celui pour lequel l'hypertrophie affecte une fâcheuse préférence. La nature a vraiment prédisposé le ventricule gauche à cette maladie. Pour y être moins sujet, le ventricule droit n'en est cependant point exempt. Mais l'hypertrophie, au premier abord, paraît tellement incompatible avec l'organisation naturelle du ventricule pulmonaire que, pour en concevoir l'existence, M. Corvisart et d'autres ont été obligés de supposer une prédisposition organique native, d'imaginer une sorte de transposition des ventricules. C'est là une manière commode, je l'avoue, d'éluder la difficulté; mais ce n'est pas la résoudre que de créer une semblable hypothèse. L'hypertrophie du ventricule droit doit s'opérer par le même mécanisme que celle du ventricule gauche. Si elle est rare, je ne doute point que cela ne tienne en partie à la nature du sang qu'il contient. Si nous supposons un moment la présence de sang artériel dans la cavité de ce ventricule, nous le concevrons aussi sujet que le gauche à l'hypertrophie. La nature réalise quelquefois cette hypothèse. C'est ce qui arrive dans plusieurs cas où les cavités gauches communiquent avec les droites, soit au moyen du trou botal, soit de toute autre manière. Hé bien! dans les cas de ce genre que j'ai examinés avec une grande attention, il arrive que effectivement le ventricule droit s'hypertrophie. Cette hypertrophie était énorme dans l'observation Vme M. Louis a récemment recueilli et publié dans ce journal un fait analogue. Au reste, cette opinion sur la cause immédiate de l'hypertrophie m'étant personnelle, je la livre au jugement des médecins, sans y attacher plus d'importance qu'elle ne mérite. Quoi qu'il en soit, nous voyons bien que le sang est un élément indispensable à la formation

de l'hypertrophie. Mais comment y concourt-il? problème évidemment insoluble dans l'état actuel de la physiologie, et qui le sera jusqu'à ce que l'on ait déchiré les voiles épais qui couvrent encore l'acte de la nutrition.

2.° *Influence et signes de l'hypertrophie.*— Les signes de l'hypertrophie du cœur n'ont jamais été soumis au creuset de l'analyse physiologique, et, sur cette matière, tous les auteurs ont commis de graves méprises. Ouvrez leurs ouvrages, et vous verrez qu'ils donnent comme signes de l'hypertrophie *ou de l'anévrysme actif*, la dyspnée, l'étouffement, l'injection violette de la face, l'engorgement des lèvres et l'infiltration séreuse. C'est pourtant là une erreur, une sorte de contre-sens physiologique inconcevable; ces signes indiquent évidemment un obstacle, une gêne de la circulation: or, comment concilier cette difficulté de la circulation avec l'hypertrophie, avec l'anévrysme actif du cœur? Loin d'entraver le mouvement circulatoire, cet état du cœur est au contraire évidemment propre à imprimer une nouvelle énergie au cours du sang. Pouvez-vous supposer en effet, que l'hypertrophie soit capable d'affaiblir le mouvement circulatoire?, autant vaudrait dire alors que les larges épaules du porte-faix, les bras robustes du boulanger sont sans vigueur et sans énergie, et faibles en raison de leur développement, de leur hypertrophie. Quoi! vous attribuez à l'anévrysme actif, à l'hypertrophie, des symptômes d'obstacle à la circulation! Vous avez donc oublié que, dans tous les cas d'hypertrophie pure et simple, les malades ont un pouls large, vigoureux et vibrant, que les mouvemens de leur cœur sont réguliers et pleins de force; que leur face est d'un rouge vif, qu'ils sont sujets à des épistaxis et autres hémorrhagies actives? Mais direz-vous, nous avons souvent rencontré dans les cas d'hypertrophie, les signes d'obstacle à la circulation indiqués plus

haut. Je le crois. Mais deviez-vous en tirer cette étrange conclusion que l'hypertrophie était une cause de gêne pour la circulation. Si vous y aviez regardé de plus près, vous auriez vu que, dans les cas dont vous parlez, l'hypertrophie était compliquée d'une autre lésion, d'un rétrécissement des orifices ou de quelque autre affection capable d'opposer un obstacle soit mécanique, soit vital au cours du sang. Vous avez certainement confondu les signes d'une maladie avec ceux d'une autre, vous avez pris l'effet pour la cause. Car dans les cas où il existe un obstacle au cours du sang, l'hypertrophie, l'anévrysme actif est un effet, un accident de cet obstacle. Que si vous rapportez ensuite à *l'anévrysme actif* (je répète à dessein l'expression consacrée), tous les symptômes, au lieu de les rapporter à l'obstacle en question, vous tombez dans une grave erreur; vous prenez un des accidens de la maladie pour la maladie elle-même. Je ne saurais trop le redire: cette erreur, profondément gravée dans les esprits, se commet chaque jour, et par les personnes les plus recommandables d'ailleurs. J'insiste donc ici pour qu'on apprenne à distinguer deux choses si différentes, savoir, l'hypertrophie et un obstacle mécanique ou vital à la circulation. La première, par elle-même, ne saurait donner lieu aux symptômes qui annoncent une grande gêne dans le cours du sang (1). L'opinion que j'émets ici et que je crois l'expression de la vérité, n'est pas une idée purement théorique: elle est appuyée sur l'observation la plus rigoureuse. Rappellez-vous nos deux premiers malades; parcourez les observations dans lesquelles il est

(1) Le seul cas où l'hypertrophie puisse devenir un obstacle à la circulation, c'est celui dans lequel s'effectuant de dehors en dedans, et suivant, pour ainsi dire, une marche centripète, elle finit par rétrécir la cavité au point que le passage du sang est considérablement gêné. Ce cas équivaut à un véritable rétrécissement de quelqu'un des orifices du cœur: mais il n'est pas aussi commun, à beaucoup près.

question d'une hypertrophie pure et simple du cœur, et vous verrez que dans ces cas, l'on ne rencontre point le *facies propria*, l'infiltration et autres symptômes d'un obstacle à la circulation. Vous verrez au contraire, que le systême sanguin jouit d'une grande vivacité de mouvemens, et vous vous expliquerez par là comment il arrive que les malades succombent, non à l'hypertrophie elle-même, mais à des affections soit hémorrhagiques, soit inflammatoires, qui s'y rattachent par les connexions les plus intimes. C'est ainsi que de nos deux premiers malades, l'un est mort d'une apoplexie, et l'autre d'une phlegmasie cérébrale. En effet, l'accident le plus funeste que puisse entraîner et qu'entraîne trop souvent l'hypertrophie du ventricule gauche, est une congestion plus ou moins violente de l'encéphale. C'est encore de cette manière que furent enlevés à la science Malpighi, Ramazzini et Cabanis, tous les trois affectés d'une hypertrophie du ventricule gauche. Je pourrais prouver ici que l'hypertrophie du ventricule droit exerce sur le poumon et ses maladies la même influence que le ventricule gauche sur l'encéphale; mais je m'aperçois que j'ai déja dépassé les limites qui m'étaient imposées, et je termine, en recommandant à la méditation des observateurs les rapides aperçus que je viens de présenter.

Quelques observations tendant à prouver l'utilité des émissions sanguines et du traitement antiphlogistique en général, dans beaucoup de maladies des vieillards; par J. B. Foucart, *médecin du Bureau de charité du onzième arrondissement, chirurgien-major en retraite.* — I.re *partie; Phlegmasies encéphaliques.*

Frappé autant qu'affligé des nombreux revers qu'on

éprouvait dans la plupart des maladies des vieillards, par l'emploi d'un traitement tonique et excitant, j'ai fait de longs efforts pour renoncer à une pratique dont j'avais puisé les principes sur les bancs de l'école, et dans lesquels, à l'exemple de plusieurs médecins de mon âge, j'avais été affermi par l'autorité d'ouvrages trop célèbres. Peu à peu cependant mes yeux s'ouvrirent à la lumière, et la conduite prudente et mesurée des praticiens recommandables placés à la tête du service médical des hôpitaux de Paris, ne tarda pas à achever ma conversion et à compléter ma conviction. Depuis huit ans que, rendu à la vie civile, j'ai été à portée de suivre les leçons cliniques de plusieurs des médecins des divers hôpitaux de la capitale, j'ai vu leur pratique se modifier insensiblement à l'avantage des malades. Les moins clairvoyans ont pu remarquer combien l'on est réservé aujourd'hui sur l'emploi des émétiques, des purgatifs et des toniques, naguères si prodigués. Un petit nombre excepté, tous combattent, par des médications antiphlogistiques diversement modifiées, les maladies inflammatoires, même passées à l'état chronique. Les succès que j'ai obtenus moi-même par l'emploi du traitement antiphlogistique, chez les vieillards auxquels j'ai donné mes soins, m'enhardissent à dire franchement mon opinion. Les faits sur lesquels repose cette opinion seront exposés fidèlement. Je dirai ce que j'ai fait, sans prétendre blâmer la conduite de personne dans des cas analogues : car il y a des personnes que je respecte beaucoup, sans partager toujours leurs idées en médecine.

On verra que je suis loin de croire que l'*adynamie* se montre la compagne ou la complication presque inévitable des maladies de la vieillesse. Serai-je accusé de professer une hérésie, en avançant que, peut-être, les maladies des vieillards ne revêtent fréquemment une forme adynamique que parce que, dans la persuasion où sont encore

certains médecins que toutes ces maladies sont des *asthénies*, ils employent, pour les combattre, un régime et des médicamens toniques et *incendiaires*? Nous n'en sommes plus à croire que telle ou telle maladie a une marche fixe et indépendante des modifications que peut lui imprimer un traitement plus ou moins approprié. On ne doit plus confondre des symptômes qui seraient l'ouvrage d'une médication intempestive, avec les phénomènes qu'eût présentés la même maladie sous l'empire d'une thérapeutique plus rationnelle. J'ose assurer que, depuis quatre ou cinq ans, j'ai vu infiniment peu de maladies offrir les caractères bien tranchés de l'adynamie, lorsque j'ai été appelé, peu de temps après l'invasion, et que les malades avaient été préservés des vomitifs, des purgatifs et de la longue liste des toniques et des antispasmodiques. Le nombre des vieillards que j'ai traités dans cet espace de temps est cependant assez considérable, surtout depuis deux ans que je suis chargé d'un service parmi les indigens, chez lesquels par conséquent se rencontrent les circonstances les plus favorables au développement de l'adynamie; aussi n'ai-je pas craint de saigner dans la première période de leurs maladies, lorsque j'ai trouvé un pouls dur, plein, rebondissant, une face rouge, animée, des yeux injectés, de la loquacité, symptômes qui annoncent une fluxion sanguine vers l'encéphale et ses annexes.

Mais si les maladies de l'âge avancé peuvent aussi requérir l'emploi des saignées, il est presque inutile d'avertir que non-seulement elles doivent être proportionnées à la constitution première du sujet, mais encore plus modérées que dans l'âge de la force, et que, en général, les saignées capillaires ou locales sont préférables aux autres. Les saignées générales peuvent cependant être utiles dans certains cas. Je ferai une remarque au sujet des saignées chez les vieillards : c'est que les irrégularités et les inter-

mittences du pouls ne les contr'indiquent pas. Il est certain en effet que très-souvent cette altération du pouls n'est pas le résultat de la maladie actuelle. Il n'y a pas un médecin qui n'ait pu observer cet état du pouls même chez des vieillards dont la santé est la plus parfaite.

Avant de rapporter les différens cas de maladies de l'encéphale qui me sont propres, je ne puis résister au désir de citer sommairement un fait dont j'ai été témoin, vers la fin de juin 1819, dans les salles de M. Manry, à l'hôpital Saint-Louis. Un homme d'environ soixante ans, d'une constitution sanguine, hémiplégique depuis déjà long-temps, était placé dans ce service. Nous le trouvâmes couché sur le côté, sans connaissance, les yeux fermés, immobiles, insensibles à la lumière, la face gonflée, livide, la bouche abreuvée d'une écume sanguinolente, les membres dans un état de résolution complète, le pouls plein et peu accéléré. M. Manry prescrivit une saignée. M. Bouillaud, alors interne de la salle, saigna le malade aux deux bras à la fois, et l'on remplit du sang tiré par une large ouverture deux de ces bassins de cuivre qui servent de crachoirs, et qui peuvent contenir au moins une livre de liquide. Une si copieuse saignée fut suivie du plus heureux et du plus prompt succès : tous les accidens étaient dissipés au bout de quelques jours. Ce fait m'a d'autant plus frappé que, à l'époque où il a été recueilli, beaucoup de médecins flottaient encore incertains entre le traitement antiphlogistique et le traitement excitant dans les affections cérébrales, et que le cas était des plus graves. Je me rappelai, au lit du malade, l'aphorisme d'Hippocrate : *Solvere apoplexiam vehementem, impossibile... iì non se recolligunt, quibus spuma circà os fuerit.* Mais cette fois, du moins, cette sentence, hélas trop souvent vraie du divin vieillard, se trouva en défaut.

I.re *Obs. — Chute; douleur à la poitrine; six mois après abolition des facultés intellectuelles et sensoriales, bre-*

douillement inintelligible, mouvemens automatiques des membres; récidive moins intense six mois après. — Louis Crébrassa, âgé de 75 ans, d'une forte constitution primitive, mais arrivé à un état voisin de la décrépitude, se laisse tomber, en marchant dans sa chambre, le 1er juillet 1822. Une douleur vive ne tarde pas à se faire sentir au côté gauche de la poitrine qui a éprouvé une violente percussion; la respiration est courte et laborieuse, mais l'exploration la plus attentive ne fait découvrir qu'une légère ecchymose; le pouls est plein, fréquent et intermittent. (*Six sangsues sur le lieu de la douleur, boisson adoucissante, pédiluves, lavemens, diète, cataplasmes émolliens.*) Dans l'espace de douze jours, C... a repris ses occupations accoutumées. Sa santé se soutient bien jusqu'au 4 janvier suivant. A cette époque, sa tête s'appesantit, ses idées se brouillent, la parole s'embarrasse; il balbutie, bredouille sans pouvoir se faire comprendre; les mâchoires sont retenues par une légère constriction, la face est rouge, les yeux fixes, hagards, insensibles à l'impression de la lumière; il y a entière abolition des facultés intellectuelles et des sens, et non des mouvemens musculaires, car il meut les membres automatiquement; il reste couché en supination. Le pouls est plein, peu fréquent, très-irrégulièrement intermittent; la respiration assez facile, mais un peu haute, et l'air, dans l'expiration, enfle quelquefois les joues sans développer l'une plus que l'autre. Les selles et les urines sont rendues involontairement; la température de la peau est presque naturelle. (*Douze sangsues sur le trajet des jugulaires, décoc. de chiend. gommée et édulcorée, jul. béch., lav. émoll.;* et pour le lendemain matin, *pédil. sinap.* — Le 5, les sangsues ont donné abondamment, la tête paraît moins surchargée; la coloration de la face et la turgescence veineuse du col ont beaucoup diminué; les yeux offrent la même stupidité et la même insensibilité. Le pouls et la respiration ont peu varié. Le malade con-

serve la même attitude dans son lit, continue à agiter ses membres sans ordre et sans but, et à marmoter des sons inarticulés et inintelligibles. Il n'y a point eu d'évacuation alvine. (J'insiste sur *les moyens adoucissans* et *les pédil. sinapisés; lav. avec 1/2 once de sulfate de soude* pour le lendemain.) — Le 6, le malade semble sortir d'un rêve; il regarde fixement, s'agite, essaye de parler, mais toujours même impuissance, même bredouillement. Cependant les mâchoires sont moins enchaînées, la déglutition devient plus facile, et la tisane et la potion sont prises machinalement. La chaleur de la peau varie singulièrement : elle est très-prononcée à certaines heures de la journée, tandis que dans d'autres elle est presque naturelle : ce qui ressemble assez à un paroxysme fébrile. Je continue l'usage de tous les moyens propres à combattre la phlegmasie cérébrale, sauf les émissions sanguines auxquelles je ne juge pas à propos de revenir. Les boissons et potions adoucissantes, les lavemens quelquefois rendus laxatifs par l'addition de quelques gros de sulfate de soude ou de magnésie; les pédiluves, tantôt simples, tantôt sinapisés, trouvent leur application alternative ou successive. Pendant l'administration de ces derniers, je n'oublie pas les lotions fraîches sur le front et sur les tempes; et, sous l'influence de cette médication, j'obtiens les résultats les plus heureux. — Au sixième jour, C..... sort de sa stupeur, reconnaît les personnes qui le soignent et articule quelques mots. Le pouls, la respiration, les fonctions intellectuelles et sensoriales, les mouvemens volontaires se rétablissent par degrés comme antérieurement. On administre des alimens avec prudence, et le deuxième septénaire n'est pas accompli, que les forces du malade commencent à renaître. Je continue à le voir jusque dans les premiers jours de février qu'il essaye de travailler.

Nous savons que malheureusement, et surtout à un

âge si avancé, ces sortes d'accidens ont beaucoup de tendance à se reproduire, et que les individus qui en ont été une fois frappés, finissent presque toujours par y succomber, malgré tous les moyens prophylactiques les plus sévères et les mieux entendus. La même série de phénomènes se renouvela effectivement le 26 juin de la même année; seulement l'oblitération des facultés intellectuelles et des sens était incomplète, car le malade prêtait attention, paraissait comprendre les questions qu'on lui adressait, et s'efforçait, mais en vain, d'y répondre. Du reste, la turgescence de la face, le gonflement des veines du col, l'abolition de la parole, le décubitus sur le dos, l'agitation des membres sans ordre et sans but, le pouls plein, intermittent, peu fréquent, la respiration sonore, quelquefois entrecoupée, les selles et les urines rendues involontairement répètent la scène du mois de janvier. Toutefois le trismus n'a point lieu, et la déglutition s'exécute avec assez de facilité. (*Dix sangsues sur le trajet des jugulaires*, *décoction de chiend. miellée*, *jul. béch.*, *lav. pédil. et diète absolue.*) Le sang coula abondamment, et dès le lendemain C..... pouvait articuler de manière à se faire comprendre. Il y eut encore, pendant quatre ou cinq jours, des momens d'exacerbation ou paroxysmes, durant lesquels les idées se brouillaient et la parole s'embarassait; mais après quelques heures, le calme renaissait, le malade reconnaissait les personnes qui l'entouraient, et paraissait prendre intérêt à ce qu'on faisait pour lui. Je n'employai plus, pour combattre ces accidens passagers, que les moyens généraux indiqués ci-dessus, sans revenir aux évacuations sanguines. Dès le quatrième jour je permis un peu de bouillon coupé, et avant le vingtième, j'avais la satisfaction de voir encore une fois ce vieillard hors de danger. Il est juste de dire que depuis cette dernière attaque il lui a été impossible de se livrer à aucun travail.

Au moment où j'écris (décembre 1823) il jouit bien de ses facultés intellectuelles, mais sa tête est très-faible, et il se met à pleurer dès qu'on lui parle de son état. Il a de l'appétit, dort bien, et cependant il n'a aucune force musculaire; il ne marche un peu dans sa chambre qu'en traînant les pieds et en chancelant. Le pouls, toujours plein, rebondissant, intermittent, ne doit-il pas nous faire craindre de nouvelles attaques, quoiqu'il n'y ait point de céphalalgie habituelle et que la face ne soit pas trop colorée? Je me borne, en attendant, à lui prescrire un régime adoucissant et ténu, des pédiluves de temps en temps, et tous les petits moyens qui sont compatibles avec la vieillesse caduque et pauvre.

II.[e] *Obs. — Insolation, céphalalgie, abolition des facultés intellectuelles, délire, loquacité, contracture des membres supérieurs, encroûtement jaunâtre des lèvres et des dents, constipation opiniâtre; guérison après quinze jours de traitement.* — Pingault, âgé de 61 ans, d'une haute stature, maigre, affaibli par des travaux pénibles, a été atteint, il y a environ deux ans, d'engourdissement, de crampes dans les membres inférieurs, mais sans altération des facultés mentales. Quelques semaines de repos et de soins ont suffi pour le rendre à ses occupations habituelles. — Le 11 août dernier (1823), après avoir travaillé toute la journée, exposé à l'ardeur des rayons solaires, il rentre chez lui le soir, et s'enferme dans sa chambre; le lendemain, dans l'après-midi, on le trouve étendu sur son lit; aussitôt qu'il aperçoit du monde, il sort brusquement de son attitude, marche dans sa chambre, s'occupe à déplacer des chaises, comme s'il voulait rétablir l'ordre, ne répond point aux questions qu'on lui fait, balbutie des mots qu'on ne comprend pas, en prononce d'autres très-distinctement, mais tout à fait incohérens; il a les yeux hagards, les pupilles dilatées, le regard inquiet, la face rouge et animée, les membres supérieurs demi-fléchis et

dans un état de rigidité qu'il est difficile de vaincre. Le pouls est plein et rebondissant, sans être fort accéléré; tout le système veineux offre un état de turgescence extraordinaire; les veines du col et des bras surtout font une énorme saillie; la respiration est calme et facile, et, quoique ses enfans disent qu'*il a habituellement un catarrhe,* je ne l'entends pas tousser pendant mes deux premières visites qui sont fort longues. Cependant il est vrai de dire que le mur qui avoisine son lit et le carreau de sa chambre sont inondés de crachats épais et sillonés de sang. La poitrine percutée résonne assez bien dans tout son pourtour. Il est impossible de juger de l'état de la bouche, mais les lèvres sont livides et sèches; le ventre est souple et plat, et la température du corps peu élevée. Je pratique sur-le-champ (le 12, à quatre heures du soir), une saignée de bras de douze onces au moins. Je laissai couler le sang jusqu'à ce qu'il se manifestât un peu de pâleur de la face; alors le pouls s'était ralenti, avait perdu de sa consistance, et les membres inférieurs étaient froids. (*Eau gommeuse, légèrement acidulée avec le suc de groseille,* dans le cas où la déglutition se ferait; *des lavemens, des pédiluves simples.*) Quatre heures après, la chaleur générale était bien rétablie, et le visage de nouveau très-coloré. Le malade balbutiait, s'agitait, se roulait sur son lit, faisait effort pour en sortir et on le contenait avec la plus grande difficulté. (*Douze sangsues au col, sur le trajet des jugulaires.*) — Le 13, il y avait eu un peu de calme après la seconde saignée, mais bientôt le même désordre, la même exaltation avaient recommencé, et la nuit avait été fort orageuse. Le sang tiré la veille, examiné le lendemain matin, ne présentait point de couenne albumineuse et très-peu de sérosité; ce n'était, pour ainsi dire, qu'un caillot ferme et élastique. Je trouvai le malade marchant dans sa chambre, les personnes qui le soignaient ne pouvant ni le contenir ni lui faire rien avaler : on n'avait ad-

ministré ni lavement ni pédiluve. Même désordre des facultés mentales, toujours rigidité et demi-flexion des membres supérieurs; peau sèche, médiocrement chaude, face moins colorée, pouls consistant, régulier, peu fréquent, respiration facile, point de toux ni de crachement de sang. On le transporte à l'Hôtel-Dieu, service de M. Borie. Toute la journée se passa sans employer de moyens thérapeutiques : on lui mit la camisole. — Le 14, abolition des facultés intellectuelles, délire continuel, exaspération par intervalles, efforts pour rompre ses liens; les dents et les lèvres couvertes d'un enduit jaunâtre et glutineux, le pouls et la respiration comme ci-dessus; ventre souple et plat; constipation; très-peu d'urine rendue involontairement; chaleur générale bien développée sans être brûlante. (*Décoc. de quinquina, jul. camphré, vés. à la nuque.*) — Le 15, mêmes symptômes, même prescription. — Le 16, discours sans suite et sans fin; l'agitation s'exaspère quand on lui fait des questions; ses yeux sont larmoyans, et le bord libre des paupières couvert d'une chassie abondante et concrète, rassemblée en paquets aux commissures. Les dents et les lèvres dans le même état. (*Infusion d'arnica, jul. camph.; autre vésicat. à la cuisse.*) — Le 17, toujours même exaspération quand on lui adresse des questions. Les dents et les lèvres sont un peu moins encroûtées. (*Même prescription.*) — Le 18, le délire existe, mais il y a des intervalles demi-lucides; on obtient souvent des réponses justes. Le pouls et la respiration varient très-peu : il n'y a pas de toux. Les yeux ne sont presque plus larmoyans, les paupières, les lèvres, les dents se nettoyent; la langue est rouge mais humide. (*Même prescription.*) — Le 19, les facultés intellectuelles n'offrent plus que de loin en loin quelques idées incohérentes tout-à-fait passagères; l'encéphalite marche évidemment vers la résolution; la physionomie est calme, les yeux et la bouche sont nettoyés, les sécrétions se réta-

blissent; le pouls et la respiration sont revenus à l'état normal. Les membres sont souples, les plaies des vésicatoires suppurent et sont vermeilles. Le malade se plaint même de ce qu'on ne lui donne pas à manger : on ne lui laisse la camisole que par mesure de sûreté (*Infus. d'arnica, jul. béch., diète.*) — Les 20 et 21, l'amélioration est lente, mais progressive et régulière ; les réponses sont ordinairement justes, pourvu que les questions ne soient pas poussées trop loin ; car aussitôt que l'attention a été captivée pendant quelques momens, les yeux deviennent fixes et les idées se brouillent. La camisole est ôtée. (*Même prescription, un peu de soupe.*) — Le 22, les symptômes cérébraux aigus sont dissipés, mais le médecin trouve que le malade est dans une espèce d'imbécillité. Cependant il demande à sortir pour mettre ordre à ses affaires, et se plaint de ce qu'on ne lui donne pas assez d'alimens. (*Mêmes médicamens, deux soupes.*) — Le 25, les fonctions intellectuelles se raffermissent ; les alimens sont augmentés par degrés et n'incommodent pas. (*Deux soupes, un peu de viande et un peu de vin.*) — Le 29, il n'existe plus aucune douleur, les forces reviennent bien, les vésicatoires sont secs. — La constipation a été constante jusqu'au 20. — Le 1er septembre, Pingault sort dans un état très-satisfaisant.

L'honneur de cette cure doit sans doute être partagé par M. Borie. Si j'ai saigné le malade copieusement au début, mon confrère l'a excité, tonifié bientôt après. Il est vrai que les premiers jours de son entrée à l'Hôtel-Dieu, l'agitation continuelle, le serrement des mâchoires avaient suspendu la déglutition, ou que, du moins, le malade buvait peu ; mais le vésicatoire à la nuque, et, quelques jours plus tard, celui de la cuisse, ont nécessairement agi comme excitans et comme révulsifs. Et puis, les premiers jours passés, lorsqu'il a commencé à desserrer les mâchoires, il buvait sa décoction de quin-

quina, son julep camphré, et ensuite son infusion d'arnica. Si les remèdes administrés par M. B... ont été utiles, comme je n'en doute pas, il faut admettre que l'estomac et le canal intestinal ne partageaient pas l'inflammation de l'encéphale, lequel avait reçu primitivement l'action de la cause irritante; en d'autres termes, que la phlegmasie du cerveau et de ses enveloppes était idiopathique et non le résultat d'une influence éloignée; et qu'enfin le *quinquina, le camphre, l'arnica, ont agi intérieurement à la manière des révulsifs, comme les vésicatoires à l'extérieur.* Quoi qu'il en soit de ces raisonnemens et de ces explications dont je n'ai pas le mérite d'être l'auteur, et que j'abandonne pour ce qu'ils valent; il faut au moins convenir que l'encéphalite qui, dans cette circonstance, reconnaissait pour cause l'action directe des rayons solaires, avait été puissamment modifiée, enrayée par les évacuations sanguines, ce que M. Borie avait su apprécier de prime-abord. J'avouerai pourtant franchement qu'une autre manière de voir et des succès multipliés, obtenus par une thérapeutique différente, mais que je crois plus rationnelle, en ce qu'elle est fondée sur la nature de la maladie, m'auraient éloigné des vésicatoires dans un temps si rapproché de l'invasion, et surtout des toniques et des excitans diffusibles administrés à l'intérieur, parce que je n'ai presque jamais vu leur emploi être sans danger. Je laisse au lecteur à prononcer si le succès obtenu dans cette circonstance est une réponse suffisante.

Examiné le 11 janvier dernier (1824). M. Pingault m'a paru ne conserver aucune trace d'une maladie si grave: il m'a, de plus, assuré qu'il n'avait pas été long-temps sans reprendre ses travaux, et qu'il n'avait jamais joui d'une meilleure santé.

IIIe *Obs.* — *Après 3 ou 4 jours d'un état de santé incertain, étourdissemens, vertiges, délire, abolition com-*

plète des facultés intellectuelles, perte de la parole, rigidité des membres supérieurs, coma : guérison après 25 jours. — Lagalleray, âgée de 94 ans, d'une petite stature, d'un caractère vif et gai, est très-grêle, sans être maigre. Depuis deux ans que sa santé m'est confiée, je lui ai souvent donné des soins pour de légères indispositions ; et dans le mois d'août 1822, je l'ai traitée d'un dévoiement assez opiniâtre (colite) avec coliques, épreintes, céphalalgie, soif, fréquence du pouls, etc., lequel a pourtant cédé à une eau de riz gommée et sucrée, des fomentations émollientes et une diète assez rigoureuse pour cet âge.

Au mois de février 1823, après deux ou trois jours d'un état de santé incertain, Lag..., sans qu'on s'y attendît, fut prise d'étourdissemens, de vertiges, de délire avec embarras et bientôt perte de la parole. Au moment où je la vis, outre tous les symptômes ci-dessus, la face était rouge, animée, sans offrir de déviation, les yeux hagards, les veines du cou gonflées, les membres supérieurs demi-fléchis et roides ; elle marmotait avec vivacité et s'agitait avec tant de force, que plusieurs personnes avaient beaucoup de peine à la contenir dans son lit. Les deux côtés du corps offraient les mêmes phénomènes. Le pouls était dur et fréquent, la respiration assez facile, mais sonore, la peau chaude et sèche. (*Douze sangsues sur le trajet des jugulaires,* avec recommandation de ne pas craindre de faire couler un peu de sang ; *solution de gomme édulcorée ; pédil. sinap., lotions fraîches sur le front et les tempes 4 heures après la saignée*). Les sangsues n'ont point été appliquées. On a donné le pédiluve sinapisé, on a tâché de faire boire de l'eau sucrée aromatisée avec l'eau de fleurs d'oranger. La nuit avait été fort orageuse, et enfin, vers le matin, la malade était tombée dans un état comateux fort alarmant. Le lendemain je la trouvai immobile, couchée en supi-

nation, la face toujours rouge et turgescente, les yeux fermés et comme insensibles à la lumière lorsqu'on les ouvrait; le pouls encore plein, mais moins fréquent, la respiration haute et entrecoupée. Je crus qu'on avait perdu un temps précieux, et fis appliquer les sangsues en ma présence. Le sang coula abondamment; peu de temps après, la malade ouvrit les yeux, la tête parut se dégager, le pouls et la respiration s'améliorèrent sensiblement, et la déglutition qui, à la vérité, n'avait jamais été suspendue, se fit plus facilement. Plus tard je fis donner un pédiluve sinapisé, et pratiquer des lotions fraîches sur le front et les tempes, moyens sur lesquels j'insistai les jours suivans. La malade ne pouvant pas recevoir de lavemens, je prescrivis une potion gommeuse et huileuse, à prendre par cuillerée toutes les heures, ce qui détermina plusieurs jours de suite l'éjection involontaire des matières fécales. Je n'employai plus que des moyens adoucissans, en un mot, le traitement antiphlogistique le plus persévérant. L'usage des facultés intellectuelles et des sens se rétablit insensiblement: quelques rêvasseries fugitives firent bientôt place à un calme parfait. Le retour progressif des mouvemens volontaires, du sommeil, de l'appétit, la souplesse du pouls, la régularité de la respiration, la température de la peau, tout annonça une convalescence franche. Le 25, Lag... avait recouvré l'intégrité de ses facultés morales, et le bon état des organes digestifs, joint à une alimentation mésurée, ne pouvait laisser aucun doute sur le prompt rétablissement du peu de forces physiques dont elle jouissait avant sa maladie.

IV.ᵉ *Obs.* — *Catarrhe pulmonaire chronique, étourdissement, chute, légère blessure au front, semi-connaissance, embarras de la parole, infidélité de la mémoire, illusions d'optique et d'acoustique, délire. Guérison après 19 jours.* — Héliot, âgé de 73 ans, d'une moyenne stature,

d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, a été obligé, il y a 4 ans, de quitter sa profession de maçon, dans la crainte d'être victime des étourdissemens auxquels il est sujet. Il ne peut ni fixer l'époque précise, ni assigner la cause même présumée de cette infirmité. Il a toujours mené une vie sobre et régulière. Le 6 mars 1823, étant dans la rue, la tête lui tourna tout-à-coup; il tomba, se fit une légère blessure au front, perdit beaucoup de sang par le nez, et on fut obligé de le ramener chez lui. Lorsque je le vis quelques heures après, il était étendu sur son lit, dans un état de semi-connaissance; il eut beaucoup de peine à me raconter fort imparfaitement ce qui lui était arrivé, la parole était embarrassée et la mémoire infidèle. Il s'arrêtait au milieu des phrases, ne sachant plus ce qu'il voulait dire. La face était rouge, les yeux fixes et sans expression, arrêtés par toutes sortes d'hallucinations, surtout des étincelles, des lames de feu, avec pesanteur de tête et tintement d'oreilles. La petite plaie du front n'était qu'une espèce d'égratignure qui entamait à peine la peau, et dont je ne devais pas m'occuper. La cause qui avait amené la chute et qu'il fallait se hâter de combattre, voilà ce qu'il importait de rechercher, et qui fixait principalement toute mon attention. Le pouls était dur et accéléré, la respiration courte, pénible, accompagnée par intervalles d'une toux sèche et sonore. Le malade ne se plaignait de rien dans la matinée, et il avait pris des alimens comme à son ordinaire. (*Saignée du bras de 10 onces*, faite sur le-champ; *eau gommeuse, pot. gom. et huileuse, pédil. simple, lav. émoll., compresse émoll. sur le front, diète absolue*). Le lendemain, il y avait un peu d'amélioration, les symptômes cérébraux n'avaient pas augmenté, la toux était moins fréquente et moins forte. Je ne le revis que le 8 au matin. Alors il y avait de l'assoupissement, un délire sourd, par intervalles; on ne le

tirait momentanément de cet état qu'en lui parlant haut ; il y retombait de suite, dès qu'il était abandonné à lui-même. Le pouls continuait d'être plein et fréquent, la respiration était gênée par des mucosités qui paraissaient remplir les bronches, que l'air déplaçait avec peine et bruit, et qu'une forte toux expulsait difficilement. Les urines étaient rares, il n'y avait d'évacuations alvines qu'au moyen des lavemens ; la peau était, en général, sèche et dure, et sa température variait peu. (*Douze sangsues sur le trajet des jugulaires* avec recommandation de faire couler le sang, en fomentant les piqûres; *pour tout le reste, comme précédemment*). Cette application de sangsues produisit d'heureux effets. L'état de la tête parut s'améliorer, les idées étaient plus claires et la parole plus facile, le pouls avait perdu de sa roideur et de sa fréquence ; mais la respiration et la toux me donnaient toujours beaucoup d'inquiétude. Les bronches étaient sans cesse encombrées, (qu'on me passe cette expression) de mucosités épaisses et gluantes que le malade expectorait avec de grands efforts, ce qui ne contribuait pas peu à porter le sang vers l'encéphale ; (*boissons adoucissantes, pot. gom. et huil., pédil. simples, lav.* (*bis*) *et la diète la plus sévère*). Le 11, j'avais obtenu un résultat assez satisfaisant pour prescrire un léger minoratif d'huile de ricin et de sirop, dans l'intention d'aller plus vite, en dérivant un peu vers le canal intestinal qui me paraissait exempt de toute irritation. Le 13, les symptômes cérébraux avaient repris un certain degré d'intensité. L'assoupissement, l'oblitération des idées, l'embarras de la parole, la force et la dureté du pouls étaient les signes non équivoques d'une nouvelle exacerbation de l'encéphalite. (*Quatre sangsues derrière chaque oreille, pédiluve chaud, lotions fraîches sur le front et les tempes*). Cette légère évacuation sanguine et l'emploi des autres moyens, furent encore une fois cou-

ronnés du plus heureux succès. Les trois jours suivans, j'insistai sur les pédiluves et les lotions fraîches ; je fis même appliquer, à un intervalle de 24 heures, deux sinapismes sur les mollets. Enfin, le calme étant rétabli, je m'en tins aux boissons et potions gommeuses, aux pédiluves simples, aux lavemens ; je permis de légers alimens avec beaucoup de réserve. Le 25, état tout-à-fait satisfaisant.

Examiné au mois de décembre de la même année, il m'a présenté le résultat suivant : démarche peu assurée, chancelante, face colorée, parole embarrassée, étourdissemens fréquens, mémoire infidèle, pouls plein, intermittent, non accéléré, respiration libre, naturelle, appétit soutenu, digestions parfaites, sommeil tranquille. En considérant la série des phénomènes cérébraux, tels que les étourdissemens, l'infidélité de la mémoire, l'embarras de la parole, etc., qui persistent depuis plusieurs années et s'aggravent par les progrès de l'âge, tandis que les organes gastriques témoignent leur intégrité par de l'appétit et de bonnes digestions, n'est-il pas permis de penser que l'affection de l'encéphale qui vient de nous occuper, reconnaît une cause idiopathique, soit qu'elle provienne d'une prédisposition héréditaire, soit qu'elle ait été fomentée par le genre de vie auquel le malade a été soumis depuis sa jeunesse ? J'ai cru devoir me borner à donner des conseils relatifs à l'hygiène et à la diététique, et particulièrement à recommander l'exercice et la sobriété.

V.e *Obs.* — *Céphalalgie, embarras de la parole, semi-connaissance, délire, rigidité et flexion des membres supérieurs, point de déviation de la langue ni de la face ; guérison après 25 jours ; 4 mois après, rechute, légère déviation de la langue ; guérison après huit jours.* — Puissant, âgé de 71 ans, d'une haute stature, maigre, accoutumé à exercer une profession sédentaire, peu fatigante,

après avoir éprouvé du mal-aise pendant deux ou trois jours, est pris de céphalalgie, de frisson, et obligé de se mettre au lit. Le lendemain, 19 mars 1823, il me présenta la série des symptômes suivans: la face rouge et gonflée, les conjonctives injectées, les veines du col engorgées de sang, les membres supérieurs fléchis à angle aigu et dans un état de rigidité; diminution notable des facultés intellectuelles et des sens, réponses brusques, saccadées, mais justes; emportement à la moindre contrariété; le pouls plein, dur, rebondissant, médiocrement accéléré, la respiration courte et laborieuse; éjection involontaire des matières fécales et des urines; néanmoins ventre souple, plat, nullement douloureux; (*saignée de bras de* 10 *onces*, exécutée avec beaucoup de peine, vu la roideur des membres et l'indocilité du malade; *eau de chiendent gommée et acidulée avec l'oxymel simple, julep béchique, pédiluves d'eau simple, lav. émol. bis, diète absolue*). La nuit fut très-orageuse, le délire continuel, l'agitation extrême, les déjections et les urines rendues involontairement. Malgré la saignée assez copieuse pour un homme de cet âge, la face est restée colorée, et la turgescence veineuse la même; le pouls et la respiration ont peu varié. (*Dix sangsues à l'anus, et après leur chute, exposer la partie à la vapeur de l'eau chaude: rien de changé aux autres prescriptions*). Cette dernière évacuation sanguine et tous les autres moyens mentionnés ci-dessus, employés avec persévérance, avaient ramené la connaissance et fait cesser en grande partie la rigidité des membres supérieurs; je crois toucher à une solution prompte et heureuse, lorsque le 23, tous les signes d'une nouvelle congestion se manifestèrent. Coloration de la face, contraction des pupilles, embarras de la parole, délire, retour de la roideur des membres, force et fréquence du pouls, gêne de la respiration. (*Douze sangsues au col, et fomenter les piqû-*

res; quatre heures après, pédiluve sinapisé, lotions fraîches sur le front et les tempes, et pour tout le reste, comme à l'ordinaire). Le lendemain, il y avait une amélioration manifeste, la connaissance revenait par intervalles, et les membres supérieurs ne présentaient plus la même rigidité, mais le pouls était toujours plein et dur. Cependant je ne crus plus devoir revenir aux applications de sangsues : je continuai l'emploi des légers révulsifs, surtout des pédiluves sinapisés, en même temps qu'on faisait des lotions fraîches sur la tête, qu'on donnait des boissons et potions adoucissantes, des lavemens émolliens, et je fis observer la diète la plus rigoureuse jusqu'à la fin du mois. Alors le retour progressif des facultés intellectuelles, des fonctions des sens, des mouvemens volontaires, et le bon état des voies gastriques, m'avertirent que je pouvais accorder quelques alimens, ce qui n'eut pas le moindre inconvénient. Toutefois les forces se firent attendre assez long-temps, et ce ne fut qu'au mois de juin que P..... pût reprendre ses occupations accoutumées.

Il jouissait d'une bonne santé depuis environ trois mois, lorsque, le 21 août suivant, il éprouva presque tout-à-coup une céphalalgie violente, avec une forte coloration de la face, embarras de la parole, engourdissement des membres du côté droit, pouls plein, dur, peu fréquent; respiration laborieuse, grande diminution de la sensibilité, mais sans paralysie et sans perte de connaissance. (*Douze sangsues sur le trajet des jugulaires avec recommandation de ne pas craindre de faire couler le sang; boissons adoucissantes; potion gommeuse, pédiluves sinapisés pour les jours suivans*; diète absolue pendant trois jours). Sous l'influence de cette médication, le calme fut rétabli dans l'espace de 7 à 8 jours; mais jusqu'à présent, il lui a été impossible de se livrer à aucun travail suivi.

Examiné le 30 décembre, P... m'a présenté l'état sui-

vant: la langue, qu se déviait un peu à gauche, se porte maintenant hors de la bouche dans la ligne directe, il y a sentiment de pesanteur et d'engourdissement dans les membres du côté droit; les idées se brouillent facilement, la mémoire est incertaine, la parole embarrassée; la marche lente, chancelante, quoiqu'il s'obstine à ne pas se servir de canne; le pouls toujours plein et fort; la respiration libre, l'appétit soutenu, les digestions parfaites. Il est exempt de maux de tête, quoique la face soit assez colorée.

Malgré les assertions d'un auteur qui a si bien observé les maladies du cerveau, et qui les a isolées de celles des autres organes, par une analyse pleine de sagacité, la vérité m'oblige de déclarer ici que j'ai souvent été frappé de l'énergie et de la fréquence des mouvemens du cœur, chez des vieillards qui étaient évidemment affectés d'une maladie chronique de l'encéphale. Ce phénomène dépendait-il de l'inflammation de quelque organe contenu dans une autre cavité splanchnique? Je ne pouvais me résoudre à le croire, lorsque j'examinais le bon état de la respiration, le désir des alimens, la facilité des digestions, la souplesse du ventre et la température naturelle de la peau (1). Quoi qu'il en soit, ces vibrations fortes et soutenues m'ont souvent enhardi dans l'emploi de la saignée; parce que j'avais peine à m'imaginer qu'elles fussent l'expression de *l'adynamie* ou de *l'ataxie*, et que j'avais bien plus de raison de penser que

(1) L'énergie du pouls et des battemens du cœur, dont parle ici M. Foucart, ne paraît pas tenir essentiellement à l'affection cérébrale, mais à ce que rien n'est plus commun, chez les vieillards, qu'une hypertrophie plus ou moins prononcée du ventricule gauche du cœur. Plusieurs maladies cérébrales se rattachent même à cette circonstance. M. Lallemand ayant étudié les phlegmasies cérébrales chez des personnes encore jeunes, a dû rarement observer la vibrance et la vigueur du pouls signalées par M. Foucart. (*N. d. R.*)

c'était là un des caractères les plus tranchés d'une affection phlegmasique. Je confesse que je n'ai jamais eu à me repentir de ma conduite en pareil cas, quoique la plupart des malades que j'ai soumis à cette indication, appartinssent à la classe des indigens, qu'ils manquassent par conséquent des moyens d'alimentation propres à réparer promptement les forces, et qu'ils ne fussent point placés dans les conditions hygiéniques les plus favorables à leur rétablissement.

VI[e]. *Obs.* — *Malaise, lassitudes spontanées, céphalalgie, douleur dans l'épaule droite, rigidité et demi-flexion du bras du même côté, déviation de la langue à droite; mort le quinzième jour.* — Norbert, âgé de 75 ans, d'une moyenne stature, d'un caractère vif et d'une grande activité, se livre à des travaux pénibles et au-dessus de ses forces. Il dit avoir toujours joui d'une bonne santé, sauf qu'il a été opéré de la pierre, il y a environ vingt ans; du reste le succès de l'opération a été tel qu'il ne s'en est jamais ressenti. — Depuis trois ou quatre jours il n'est pas dans son état ordinaire; il est devenu triste, inquiet, paresseux, et n'a plus d'appétit; il éprouve des douleurs contusives dans les membres; la tête lui fait mal par intervalle; la nuit, le sommeil se fait attendre long-temps, encore n'est-il ni calme ni réparateur. Le pouls, bien développé et assez régulier, n'offre point de fréquence; mais la respiration, d'ailleurs libre et facile, est entrecoupée de loin en loin par de profonds soupirs. La langue est blanche, molle, et nullement rouge sur ses bords; l'épigastre et le ventre ne présentent ni chaleur particulière, ni sensibilité à la pression: pas de soif ni de dévoiement. Les fonctions intellectuelles, les sens et la parole sont dans une parfaite intégrité: seulement la face est pâle et me semble un peu bouffie. Après avoir réfléchi sur l'ensemble de tous ces symptômes, il me paraissait assez difficile d'assigner l'organe ou l'appareil d'organes ma-

lade, et d'instituer un traitement rationnel, c'est-à-dire, basé sur la nature de la maladie. Les douleurs contusives des membres, la perte de l'appétit, la céphalalgie, signalaient une *irritation de la muqueuse gastrique, mais dans une nuance légère. D'un autre côté, la langue était plate et molle; il n'y avait ni soif, ni nausées,* ni chaleur, ni sensibilité à l'épigastre, ni fréquence du pouls, ni gêne de la respiration, et l'embonpoint du sujet ne permettait pas de croire que l'estomac fût dans un état de phlegmasie chronique qui en aurait *émoussé, usé* même les sympathies. Dans cette incertitude, je me rappelai ce que j'ai souvent entendu répéter à un praticien distingué, et ce que j'ai expérimenté moi-même, que les moindres indispositions des vieillards méritent la plus sérieuse attention, et qu'il faut être sur ses gardes, comme si l'on avait affaire à une maladie grave et bien caractérisée. (*Tis. et pot. gommeuses, acidul. avec le sirop de limon, pédil. simples, lav. émoll. et diète absolue.* — Le lendemain, même état. (*Une tasse de bouillon coupé.*) — Le 13, il se trouvait assez bien. — Le 14 au matin, une douleur vive s'était déclarée dans l'articulation huméro-scapulaire droite: on ne pouvait imprimer le moindre mouvement au bras, sans arracher des cris aigus. Une douleur moins vive s'était aussi fixée dans le pied, du même côté, et tout le membre inférieur était engourdi. Les facultés intellectuelles et les fonctions de la plupart des sens n'étaient nullement altérées; mais la tête était pesante: il y avait une légère déviation de la langue à droite, et une sorte de torpeur générale. Quoique le pouls et la respiration eussent peu varié, je crus voir à découvert le mal qui, jusque-là, s'était avancé par une marche lente et insidieuse. Cet état apoplectiforme ne permettait plus de méconnaître une affection de l'encéphale, d'autant plus redoutable qu'elle était amenée par les progrès de l'âge, et qu'elle avait probablement sa cause dans une disposi-

tion inhérente à l'organe même, car N..... menait une vie sobre et régulière, ne fatiguait pas son esprit par des combinaisons au-dessus de ses forces, et tous les signes commémoratifs que nous avions pu recueillir nous donnaient la certitude qu'il n'avait éprouvé aucune violence extérieure. Malheureusement, la pâleur et la bouffissure du visage, la mollesse des tissus et la disposition aux infiltrations séreuses, rétrécissaient le cercle des moyens thérapeutiques qui conviennent à ces sortes de maladies; et j'avoue que j'employai sans confiance celui que je regarde comme le plus énergique, les saignées générale et locale. (*Quinze sangsues au col, sur le trajet des jugulaires, avec recommandation de fomenter les piqûres pour activer l'écoulement du sang; boisson et potion adoucissantes, orangeade, pédiluves simples, et, en même temps, lotions fraîches sur le front et sur les tempes; lav. rendus laxatifs par le séné et le sulfate de soude; diète absolue.*) — Le 15 et le 16; nulle amélioration; la rigidité des membres droits, et surtout du bras, avait plutôt augmenté que diminué; les pieds et les mains étaient œdématiés. Le malade se mettait en colère pour la moindre cause, parlait très-haut et très-distinctement, et avait une volonté ferme. (*Mêmes prescriptions, moins les sangsues.*) — Le 17, tous les symptômes fâcheux persistent: air sombre, inquiétude, céphalalgie, engourdissement général, douleurs vives dans l'épaule droite, pouls irrégulier, concentré, perdant sa consistance, respiration toujours libre, mais souvent accompagnée de profonds soupirs, peau sèche et froide, urines rendues involontairement et goutte à goutte. (*Vésicatoires aux cuisses, rien de changé à tout le reste.*) — Le 18, connaissance parfaite, mais tendance à l'assoupissement; le malade ne s'occupe plus autant de ce qui se passe autour de lui; flexion permanente et toujours rigidité du bras droit. (*Pédiluves sinapisés ajoutés aux autres prescriptions.*) — Les 19 et 20, tous ces

moyens produisent peu d'effets. Quoique N..... jouisse de ses facultés intellectuelles et de l'usage de presque tous ses sens, que la face n'offre ni déviation ni mouvemens convulsifs, cependant les membres du côté gauche commencent à obéir difficilement à la volonté, et la langue, en se portant hors de la bouche, se dévie davantage à droite. Tout se réunit pour annoncer une issue funeste, par la progression de la lésion vers l'hémisphère droit.... —Effectivement, le 21 et le 22, l'intelligence et l'exercice des sens s'affaiblirent par degré; le bras gauche, sans offrir la rigidité douloureuse du bras droit, présente la même immobilité.—Le 23, il y a un délire sourd par intervalle; on n'entend plus ce que dit le malade; le pouls perd sa consistance et devient très-irrégulier; la respiration est quelquefois ronflante.—Le 24, la connaissance est tout-à-fait perdue, le pouls à peine sensible et la respiration stertoreuse, la face affaissée, cadavéreuse: il y a quelques mouvemens convulsifs partiels; la rigidité du bras droit existe jusqu'au dernier moment. Mort le 25 au matin. — Il n'y a point eu d'autopsie.

Tout porte à croire que Norbert a succombé à un ramollissement du cerveau. Si les symptômes d'inflammation se sont développés lentement et sont toujours restés dans une nuance peu prononcée, c'est sans doute parce que le malade était très-âgé et disposé aux infiltrations séreuses, comme je l'ai dit plus haut. Si l'on me reprochait d'avoir manqué de hardiesse et de confiance dans cette occasion, en ne réitérant pas l'application des sangsues, je répondrais que l'évacuation sanguine, quoique assez copieuse, n'avait amené aucune amélioration; que j'avais eu beaucoup de peine à obtenir la première application. J'ai déjà dit, d'ailleurs, pourquoi j'avais employé ce moyen avec beaucoup de circonspection. Quant aux excitans à l'intérieur, j'avoue franchement que j'avais beaucoup d'éloignement pour leur emploi, parce que je

n'en ai jamais vu de bons effets dans une telle occurence.

Des hommes justement célèbres confessent avec candeur, dans leurs ouvrages de clinique, que les exemples d'une terminaison funeste des maladies cérébrales sont très-multipliés, et qu'on ne doit pas avoir une haute idée des moyens dont la médecine peut disposer pour les combattre. Je conviens avec eux du danger attaché aux maladies qui intéressent la substance du cerveau ou ses enveloppes; mais quels étaient ces moyens employés pour arrêter un mouvement fluxionnaire plus ou moins rapide vers la tête, ou attaquer une congestion déjà toute formée? Les voici : à l'intérieur, de l'eau émétisée, des cordiaux, tels que des vins généreux, des infusions vineuses de quinquina, des potions alcoholisées, camphrées, etc.; à l'extérieur et et de prime-abord, des vésicatoires, des sinapismes promenés sur les membres inférieurs, etc. Or, je demande aux hommes de l'art qui veulent bien examiner les choses sans prévention, si une telle médication était propre à prévenir les épanchemens dans l'organe encéphalique, ou à provoquer le repompement des fluides épanchés, *en réveillant*, comme ils disaient, l'activité du système absorbant? La réponse est dans les faits. Quelle idée aurions-nous d'un médecin qui, pour combattre une phlegmasie violente des plèvres ou du péritoine, et prévenir les épanchemens dans les cavités que ces membranes revêtent, s'occuperait, au début de la maladie, à rubéfier les cuisses et les jambes de son malade, et à le gorger de médicamens incendiaires? Rendons grâces à ces hommes laborieux qui ont consacré leurs veilles à étudier la structure et les maladies d'un organe, bien compliqué sans doute, mais qui, abstraction faite de ce qui est du domaine de la pensée, reste soumis aux mêmes lois physiques et vitales qui régissent les autres tissus : je veux dire qu'il est, comme eux, susceptible de s'engorger, de s'enflammer, de se ramollir; de donner

lieu à des épanchemens séreux, à des exsudations albumineuses, concrescibles, etc. D'après ces considérations, qu'ont-ils conclu de leurs recherches longues et pénibles? Que, s'il y a quelque moyen de salut dans les maladies de l'encéphale, c'est dans le traitement antiphlogistique qu'il faut le chercher.

Les résultats que j'ai obtenus en suivant une marche tout-à-fait opposée à celle qui est décrite dans un ouvrage peu éloigné de notre temps, et qui, naguère encore, était le guide le plus ordinaire de la jeunesse médicale, ont seuls pu me déterminer à publier les six cas d'encéphalite qui se sont présentés à mon observation dans l'espace d'environ un an. L'ouvrage dont je viens de parler contient douze histoires de fièvre dite cérébrale. Les douze malades succombent. On fait l'ouverture de presque tous les cadavres : on trouve toujours *des épanchemens séreux, sanguinolens*, plus ou moins abondans, *dans les ventricules latéraux, dans les fosses temporales et occipitales*, entre les méninges qui sont injectées; on trouve la pulpe cérébrale *plus consistante que dans l'état normal*, *des points puriformes*, même *de gros caillots de sang dans la substance du cerveau, et rien de notable dans les autres cavités splanchniques*. Et cependant, par je ne sais quelle fatalité, et entraîné par un aveuglement difficile à concevoir, on emploie toujours le même traitement. Il y aurait de quoi s'enorgueillir, en obtenant, dans des cas semblables, des succès fréquens, si la pratique que j'ai suivie n'était devenue vulgaire par les progrès récens de la médecine en général, et surtout par ceux de l'anatomie et de la physiologie pathologiques.

J'ai vu des médecins célèbres prodiguer le sang, le répandre à grands flots, dans des maladies très-graves du cerveau; mais que faisaient-ils en même temps? ils versaient à pleines mains ce que les deux Mondes ont de plus *puissant* en médicamens. Les décoctions de quinquina animées

avec le meilleur vin de Bordeaux; les bois sudorifiques unis à l'acétate d'ammoniaque, à grandes doses; les potions camphrées, éthérées, les sinapismes, les vésicatoires, rien n'était épargné. Il y aurait eu de l'injustice à leur reprocher d'ignorer la matière médicale, et de n'employer que la saignée et l'eau chaude. Et pourtant, ne croyez pas qu'ils fussent plus heureux que leurs rivaux. Non, ils échouaient avec ces formidables batteries; parce qu'ils détruisaient d'une main ce qu'ils faisaient de l'autre.

Il est bien constaté aujourd'hui par une expérience solide, par de nombreuses observations, par des recherches exactes et multipliées d'anatomie pathologique, que, s'il existe quelques chances de salut dans les phlegmasies même chroniques de l'encéphale, je ne crains pas de le répéter, c'est dans le traitement antiphlogistique, suivi dès le principe et avec l'énergie appropriée à la force du sujet, qu'il faut les chercher. Cette vérité est trop importante et se lie trop immédiatement au salut et à la vie des hommes, pour que tout vrai médecin ne s'empresse pas de la proclamer; car le médecin doit être essentiellement voué à l'intérêt de l'humanité.

Mémoire lu au nom de M. Dupuytren, *à l'Académie royale de Médecine, section de chirurgie, par M.* Sanson, *sur deux cas de tumeurs fibreuses extirpées.*

M. Dupuytren m'a chargé de faire connaître à l'Académie deux cas de tumeurs qui ont nécessité une opération, laquelle a eu le résultat le plus heureux chez une malade, et a donné lieu chez l'autre à l'événement le plus affreux et le plus inattendu. C'est moins à cause du succès qu'il a obtenu chez une de ses malades qu'à cause

de l'évènement malheureux qui a trompé ses calculs et ses espérances chez l'autre, que M. Dupuytren a voulu faire à l'académie la communication dont il m'a chargé. La médiocrité seule fait parade de ses succès et cache soigneusement ses revers, il ne lui est pas donné de faire servir également les uns et les autres aux progrès de l'art et au bien de l'humanité, qui doit être le but et le dernier terme de l'art.

Voici les faits :

I.re *Obs.* — Madame Thibault, âgée de 21 ans, mariée et mère de deux enfans, d'un tempérament sec et nerveux, d'une bonne constitution, fut adressée, il y a deux ans, et particulièrement recommandée à M. Dupuytren par S. A. R. Madame la Duchesse de Berry. Il y avait deux ans, qu'étant enceinte de six mois, M.me Thibault avait senti pour la première fois, en portant sa main sur son épaule droite, qu'il y existait une petite tumeur. Elle ne pouvait lui assigner aucune cause. Jamais elle n'avait éprouvé de douleur à l'épine, jamais elle n'avait reçu de coups ou fait de chute sur cette partie, et comme elle n'éprouvait aucune douleur, elle ne fit d'abord aucun remède. Cependant, cette tumeur avait augmenté de volume et avait acquis, en moins de deux ans, un tel développement que la malade effrayée alla consulter M. Boyer. Ce praticien après l'avoir attentivement examinée, lui dit positivement, (si l'on peut toutefois s'en rapporter à son récit) *qu'il fallait s'abstenir de toucher à cette tumeur, et que si l'on tentait de l'enlever, elle périrait certainement dans l'opération.* Prognostic remarquable, quoiqu'il n'ait pas été justifié dans ce cas, et que nous ne faisons assurément pas remarquer pour le blâmer, mais au contraire pour faire ressortir ce qu'il renfermait de prévision et peut-être d'expérience. On se borna donc, d'après l'avis du praticien que nous venons de nommer, à couvrir la tumeur de compresses imbibées de

décoction de plantes narcotiques ; mais ce traitement ne l'empêcha pas, comme on peut le croire, d'augmenter encore de volume. Cet accroissement du mal, les douleurs qui commençaient à se faire sentir, l'impossibilité où M.me Thibault se trouva bientôt de remplir les devoirs d'épouse et de mère, la forcèrent à demander d'autres conseils. Lorqu'elle vint trouver M. Dupuytren elle était dans l'état suivant : à la partie postérieure du col et sur l'épaule du côté droit, existait une énorme tumeur, saillante, inégale, dure, ovoïde, étendue de haut en bas depuis le voisinage de l'apophyse mastoïde jusqu'auprès de l'angle inférieur de l'omoplate, et d'un côté à l'autre depuis la colonne cervicale jusqu'à l'apophyse acromion. Cette tumeur adhérait de tous côtés et par sa base, aux parties sur lesquelles elle était appuyée ; la peau qui la recouvrait, tendue, et sillonnée par des veines dilatées, ne paraissait pourtant altérée ni dans sa couleur, ni dans son organisation. La tête était inclinée de ce côté, l'épaule était fortement abaissée, les mouvemens du bras étaient affaiblis, et la malade éprouvait de vives douleurs dans la tumeur, ainsi qu'un fourmillement incommode dans le membre et jusque dans les doigts.

Quelle pouvait être la nature d'une semblable tumeur? Sa dureté, son développement progressif, l'absence de toute affection scrophuleuse ancienne ou récente, de tout indice de mal vénérien, de toute maladie aux os, firent penser à M. Dupuytren, qu'elle était une production fibro-celluleuse, de la nature de celles qui se développent, comme de toutes pièces, au milieu des parties, dont elles écartent seulement les fibres sans altérer leur texture, et qui dégénèrent facilement en carcinome. La situation de la tumeur sur l'épaule, l'âge de la malade, qui était celui de la force, sa constitution, qui était des meilleures, le désir ardent qu'elle témoignait d'être délivrée, et sur toutes choses la marche rapide de la maladie, les

suites funestes qu'elles ne pourrait manquer d'entraîner si elle était abandonnée à elle-même, toutes ces circonstances firent proposer l'enlèvement qui fut accepté sans hésitation.

Cette opération offrait sans doute des difficultés et des dangers, mais ces difficultés regardaient l'opérateur, et il croyait pouvoir les vaincre; les dangers, il croyait pouvoir les prévenir ou les combattre avec succès.

Après quelques préparatifs, l'opération fut pratiquée le 27 septembre 1822, de la manière suivante: La malade, assise sur une chaise, fut placée le dos tourné vers une fenêtre; et le corps fut enveloppé d'un drap. M. Dupuytren fit alors une incision de dix à douze pouces d'étendue sur le plus grand diamètre de la tumeur, incision qui partant de la partie supérieure de la colonne cervicale, se prolongeait jusqu'auprès de l'apophyse acromion. La peau divisée laissa voir le muscle trapèze dont les fibres amincies et écartées formaient une enveloppe à la production fibreuse. Il fut incisé. La tumeur fut mise à nu. Sa surface d'abord, et ensuite ses bords furent successivement dégagés. Elle adhérait de tous côtés au trapèze, au rhomboïde, à l'angulaire de l'omoplate, au splénius et aux complexus, muscles au milieu desquels elle semblait avoir pris son origine et son développement. Cependant à l'aide d'une dissection longue, pénible, douloureuse, et pendant laquelle beaucoup de vaisseaux artériels furent divisés et comprimés momentanément, on était parvenu à l'isoler en grande partie, lorsque M. Dupuytren, jugeant que l'ouverture, toute grande qu'elle était, serait insuffisante pour lui permettre de la dégager et de l'extraire, se détermina à inciser largement la lèvre inférieure de la plaie, afin de donner à celle-ci la forme d'un T. De fortes pinces de Museux implantées dans la tumeur, et les mains de deux aides vigoureux servirent alors à la culbuter et à l'extraire. Elle tomba et bondit

sur le plancher comme l'aurait fait un corps élastique. Beaucoup d'artères divisées qui fournissaient du sang, furent liées immédiatement. On procéda alors au pansement de cette plaie, la plus étendue qu'on puisse imaginer, et qui était formée de trois grands lambeaux de peau, de tissu cellulaire, de muscles, d'aponévroses et de tendons divisés, déchirés ou écartés de leur direction naturelle. Des boulettes de charpie saupoudrée de colophane furent mises dans son fond et entre ses lèvres; les lambeaux furent rapprochés autant que possible à l'aide de bandelettes de diachylon gommé; de la charpie, des compresses et une bande servirent à compléter le pansement.

Pendant tout le temps que dura cette longue, difficile et douloureuse opération, le courage de la malade ne s'était pas démenti; elle n'avait cessé de parler à M. Dupuytren. Après qu'elle fut terminée, elle ne se lassait pas encore de le remercier de ce qu'il l'avait rendue à la vie en la débarrassant d'un mal affreux. Placée dans son lit, elle éprouva quelques instans après de la faiblesse, des défaillances passagères : quelques antispasmodiques lui furent donnés.

La tumeur, examinée avec soin, était du poids de six livres, sa pesanteur spécifique était de beaucoup supérieure à celle de l'eau distillée; une sorte d'enveloppe fibreuse la terminait extérieurement. Une incision fit reconnaître la justesse du diagnostic porté sur sa nature : deux élémens réunis et confondus, un élément celluleux et un élément fibreux, la composaient. A ces élémens solides se joignait une sorte de lymphe albumineuse combinée avec leur substance. Quelques points ramollis et grisâtres y indiquaient un commencement de dégénérescence carcinomateuse.

La journée se passa mieux qu'on ne s'y était attendu. Il n'y eut pas d'accidens nerveux, il ne se fit pas d'écou-

lement de sang; les douleurs furent modérées; du sirop diacode fut prescrit dans la soirée. Dans la nuit, une douleur vive se fit sentir à la gorge; il y eut impossibilité d'avaler. Une saignée de trois palettes fut pratiquée à l'un des bras; des cataplasmes émolliens furent appliqués sur le col. Le 2.e jour, le mal de gorge avait disparu; la malade se trouve bien; le pouls est bon. Il n'y a pas eu de frisson; la fièvre est modérée. Le quatrième jour, le bien-être continue; on enlève l'appareil extérieur qui était pénétré de sang et de sérosité fétide. On permet quelques potages. Le huitième jour, l'appareil mis à nu tombe de lui-même, détaché par la suppuration qui est de bonne nature, et la plaie est en bon état. On rapproche plus exactement les lèvres de la plaie. Du huitième au douzième jour, toutes les ligatures tombent et la plaie marche rapidement vers la cicatrice. Cette tendance est favorisée dans les pansemens subséquens, par le rapprochement des lèvres de la plaie, par des compressions exercées à propos sur les points où le pus paraît séjourner, par la position donnée au corps et à la plaie, par une alimentation douce, propre à soutenir les forces, mais incapable de causer de la fièvre ou d'entretenir une suppuration trop abondante. Enfin le 30 octobre, cinq semaines après l'opération, la malade fut entièrement guérie, et partit quelques temps après pour achever sa convalescence dans son pays. Là, elle reprit bien vîte son embonpoint et ses forces. Cependant, quelque temps après, elle éprouva une inflammation du bas-ventre: un traitement anti-phlogistique, mis en usage, triompha de cette indisposition, et cette jeune femme est aujourd'hui pleine de santé, de force et de gaîté.

Dans le cas qui précède, le jugement porté sur la nature de la maladie, sur la nécessité de l'enlever, sur la possibilité de le faire, sur la probabilité de guérison, tout a été justifié, confirmé par l'événement qui a conservé

cette jeune femme à ses enfans, à son mari, à sa famille et à la société. Dans le cas qui suit, des circonstances tout-à-fait semblables devaient faire tenir une conduite analogue, et tout permettait d'espérer un résultat aussi favorable que chez M.me Thibaut : on verra bientôt quel événement extraordinaire est venu détruire ces espérances.

II.e *Obs.* — Le 19 novembre 1822, une jeune fille nommée Alexandrine Poirier, remarquable par la force et la beauté de sa constitution, entra à l'Hôtel-Dieu pour y être traitée d'une tumeur qu'elle portait à la partie postérieure et latérale du cou. Il y avait alors dix mois seulement que, sans cause connue, la maladie avait commencé à se développer, et cependant elle avait fait des progrès tels qu'elle s'étendait de haut en bas, depuis l'apophyse mastoïde et la protubérance occipitale externe jusqu'à la clavicule et au bord supérieur de l'omoplate, et, d'avant en arrière, depuis le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien jusqu'au-delà de la ligne médiane de la région cervicale postérieure. Elle avait la forme d'un demi-ovoïde; sa surface antérieure, plane, était appuyée sur les muscles postérieurs du cou; sa face postérieure, convexe, était recouverte par la peau, le muscle peaucier, une très-petite portion du trapèze; par un assez grand nombre de filets nerveux, provenant du plexus cervical superficiel; par quelques artères, branchés des cervicales superficielle et profonde, et par quelques veines, dont une, assez grosse, se trouvait logée dans une espèce de gouttière creusée en avant, vers le milieu de sa hauteur, et se rendait dans la jugulaire externe. A sa dureté, à sa rénitence et à son défaut de sensibilité, M. Dupuytren reconnut facilement qu'elle était de nature cellulo-fibreuse, et décidé par la rapidité de son accroissement, par la certitude qu'elle ne tarderait pas à dégénérer, par la mobilité assez grande qu'elle con-

servait encore, et aussi par le succès qu'il venait récemment d'obtenir, proposa à la malade d'en pratiquer l'extirpation sans délai. Celle-ci accepta. Elle fut préparée par un bain et par un purgatif léger, et, le 22 novembre, elle descendit à l'amphithéâtre, pleine de force, de courage et d'espérance. M. Dupuytren la fit placer sur une chaise, la face tournée contre le dossier; et après s'être de nouveau assuré de la mobilité de la tumeur, ainsi que du nombre et de l'importance des parties qu'il lui faudrait diviser, il commença l'opération par une incision dirigée de haut en bas et d'arrière en avant. Il voulut par-là éviter quelques-unes des douleurs de l'opération, en coupant d'abord près de leur origine les filets nerveux que l'instrument tranchant devait nécessairement atteindre plusieurs fois. Cette incision fut rendue cruciale. Les lambeaux, quoiqu'appliqués immédiatement sur le corps fibreux, furent disséqués avec assez de facilité. Quatre ou cinq minutes après le commencement de l'opération, la tumeur soulevée par un aide qui, la renversant tantôt sur un côté tantôt sur l'autre, exerçait sur elle des efforts qui la rapprochaient et l'éloignaient alternativement des organes sous-jacens, et cherchant à la culbuter, facilitait ainsi beaucoup la section du tissu cellulaire par lequel elle était liée aux parties profondes; la tumeur ne tenait plus qu'au lambeau antérieur des tégumens, et la malade, qui n'avait perdu qu'une très-petite quantité de sang, puisqu'on n'avait divisé aucun vaisseau assez gros pour être lié immédiatement, supportait très-bien et sans trop se plaindre les douleurs inévitables d'une dissection assez minutieuse, lorsque tout-à-coup on entendit un sifflement prolongé, analogue à celui qui est produit par la rentrée de l'air dans un récipient dans lequel on a fait le vide. L'opérateur s'arrête un instant, étonné. « Si nous n'étions aussi loin, dit-il, des voies aériennes, nous croirions les avoir ouvertes. » A peine avait-il achevé sa

phrase et donné le dernier coup qui devait séparer la tumeur, que la malade s'écrie : « Je suis morte! » et est aussitôt prise d'un tremblement général, puis s'affaisse sur sa chaise et tombe sans mouvement et sans vie. On employa tous les moyens imaginables de ranimer l'action du cœur ; on fit des aspersions d'eau froide sur le visage et sur le corps, on renouvela l'air extérieur. M. Dupuytren insuffla lui-même de l'air dans les poumons, pendant que des aides pratiquaient, soit sur la région précordiale, soit sur toutes les parties du corps, des frictions vigoureuses à l'aide des mains sèches ou des linges imbibés d'ammoniaque ; on versa quelques gouttes d'éther dans la bouche ; on irrita la membrane pituitaire avec la vapeur de l'alcali volatil ; on introduisit de la fumée de tabac dans le rectum et dans les fosses nasales ; enfin on mit en usage, et presque simultanément, tous les moyens connus de remédier à la syncope et à l'asphyxie ; tout fut inutile ; la chaleur s'éteignit peu à peu, dans les extrémités d'abord, puis dans le tronc ; et telle avait été la surprise générale, que cette circonstance seule, en prouvant la réalité d'une mort qui frappait de consternation tous ceux qui en avaient été témoins, put faire cesser l'administration des secours qu'on prodigua pendant plusieurs heures à cette jeune fille, dans l'espoir, qu'on n'abandonna qu'à la dernière extrémité, de la rappeler à la vie. On avait trop d'intérêt à connaître la cause de sa mort pour ne pas faire l'autopsie avec soin.

L'opération avait été faite en présence d'un grand concours d'élèves ; l'ouverture du corps eut lieu de même en leur présence, vingt-quatre heures après. Le cadavre était encore roide et il n'existait aucune trace de putréfaction. On commença par l'*appareil circulatoire*. Le péricarde était sain ; l'oreillette droite était distendue par de l'air, qui lui donnait une tension élastique, et lorsque ses parois furent incisées, cet air s'en échappa en grande

quantité sans aucun mélange de sang ; cette cavité contenait cependant une petite quantité de ce liquide non concrété. Du sang, également à l'état liquide, se rencontra dans les autres cavités du cœur qui étaient saines, et dans les artères et dans les veines du corps, des membres et du cerveau. Il y était mêlé à une si grande quantité d'air, que les vaisseaux, piqués de distance en distance, laissaient partout échapper des bulles mêlées à du sang. — *Appareil respiratoire.* Les plèvres étaient lisses, minces, sans sérosité ; les poumons rouges, souples, crépitans, élastiques, parfaitement sains ; la trachée artère n'offrait aucune trace de lésion. — *Appareil sensitif.* Les membranes séreuses du cerveau étaient minces et transparentes, sans sérosité et sans injection ; le tissu de l'encéphale, ferme, non injecté, à couleurs bien tranchées. — *Appareil digestif.* La membrane muqueuse de l'estomac, molle et rosée, présentait quelques plaques rougeâtres. On retrouvait quelques-unes de ces plaques, manifestement dues à l'injection des vaisseaux capillaires, sur la membrane muqueuse de l'intestin grêle ; dans toute la longueur du gros intestin, cette membrane était blanche, molle et parfaitement saine. Le foie et la rate étaient sains ; le premier, brun, cassant, à petits grains ; la seconde, ferme et de couleur brune. — *Appareil locomoteur.* Les muscles étaient fermes et rouges, sans apparence aucune de putréfaction. — *Examen de la plaie et de la tumeur.* Les quatre lambeaux relevés permirent de s'assurer qu'à l'exception de quelques fibres du muscle trapèze, aucun muscle n'avait été coupé. Les muscles de la partie postérieure du cou étaient à nu ; on n'apercevait aucun déplacement dans les vertèbres de cette région. Cependant, pour acquérir toute certitude à cet égard, on enleva tous les corps musculaires, et on s'assura de la parfaite intégrité des os et des ligamens qui les assujettissent. La tumeur, mesurée exactement, avait sept pouces de longueur, cinq pouces de lar-

geur près de la grosse extrémité, trois pouces vers la petite, et quatre pouces dans sa plus grande épaisseur; elle pesait 770 grammes (une livre et demie). Incisée, elle a offert tous les caractères des productions fibro-celluleuses non encore dégénérées.

Ainsi, de deux personnes atteintes d'un mal mortel; l'une a été guérie et l'autre a succombé. Qu'il nous soit permis de nous arrêter un instant sur la raison des suites si différentes qu'ont eues deux opérations faites de la même manière, dans des cas tout-à-fait semblables et chez des individus de même sexe, à peu près de même âge et également bien disposés. Certes, ce résultat pourrait ne pas paraître trop désavantageux, si celle des deux malades qui n'a pas guéri était morte des accidens ordinaires d'une grande et grave opération. Mais elle a succombé à un accident extraordinaire, insolite, étranger à la nature de sa maladie, accident qui l'a fait périr avec la rapidité de la foudre, et sans lequel elle eût probablement aussi bien guéri que la première; dès lors, l'esprit affligé recherche avec anxiété à expliquer par les lésions cadavériques l'événement qui a si complètement changé un résultat qui semblait devoir être si satisfaisant.

La cause d'un si fatal résultat a été recherchée par M. Dupuytren avec bonne foi, pour être dite sans réserve; et s'il est arrivé à des conséquences qui s'éloignent des idées reçues, c'est qu'il y a été conduit par l'évidence des faits.

En examinant avec attention les circonstances qui ont accompagné et suivi l'opération, et en les comparant avec les résultats de l'autopsie cadavérique, il ne paraît pas très-difficile de résoudre la question. En effet, quelques causes peu nombreuses et bien connues peuvent seules déterminer la mort pendant la durée d'une opération. Ces causes sont : 1.° une hémorrhagie considérable. 2.° une douleur excessive et long-temps continue qui

épuise et anéantit l'action du système nerveux; 3.° une émotion très-vive déterminée par une pusillanimité extrême; 4.° la lésion de quelqu'organe important à la vie; 5.° l'existence de quelqu'affection nerveuse intermittente, d'un asthme, etc., dont un accès provoqué par ce trouble inséparable d'une grande opération, et augmenté par lui, peut devenir funeste par le seul fait de ce concours; 5.° une maladie avancée dans un organe interne important, et qui étant restée inconnue et ayant miné sourdement les forces, a rendu le malade incapable de soutenir aucune secousse violente; 7.° enfin, l'introduction de l'air dans les veines. Or on ne peut attribuer ce funeste résultat de l'opération à aucune des six premières de ces causes: 1.° la malade n'avait perdu qu'une très-petite quantité de sang, évaluée approximativement à une palette et demie; et d'ailleurs la quantité de ce liquide qu'on a retrouvée dans la cavité du cœur et dans les vaisseaux artériels et veineux, la rougeur et l'injection de plusieurs tissus, suffiraient pour prouver qu'elle n'a pas succombé à une hémorrhagie; 2.° la douleur n'a pas été de longue durée, et si l'on en juge par la contenance de la malade pendant l'opération, elle n'a pas non plus été excessive; 3.° cette jeune fille était pleine de courage et désirait ardemment être débarrassée de son mal; 4.° aucun organe important à la vie n'a été blessé; 5.° elle n'était sujette à aucune affection nerveuse; 6.° l'autopsie cadavérique n'a fait découvrir de maladie ancienne dans aucun organe; 7.° il ne reste donc plus que l'introduction de l'air dans le système veineux et jusque dans les cavités droites du cœur, et cette circonstance est prouvée et par le sifflement entendu lors de l'opération, et par la présence du fluide élastique dans le cœur et dans la plupart des vaisseaux. Le mécanisme par lequel cette introduction a été opérée n'est pas non plus fort difficile à expliquer. Ue veine assez volumineuse, placée dans une

gouttière creusée sur la tumeur et communiquant avec la jugulaire, a été nécessairement ouverte; cette veine, adhérente à la gouttière, a dû rester béante, et il a dû s'y faire un vide au moment où la tumeur a été fortement attirée en dehors, et où le sang que contenait ce vaisseau, appelé pendant l'inspiration, s'est précipité dans la poitrine. De là l'aspiration de l'air ambiant et le sifflement entendu. Quant à la manière dont l'air introduit dans les veines agit pour produire la mort, on a cru longtemps qu'il avait, sur le cerveau, une propriété sédative particulière, et qu'il suffisait de quelques bulles pour tuer l'animal le plus fort; mais les physiologistes modernes savent très-bien qu'il en faut une quantité assez considérable et brusquement introduite pour opérer ce résultat; et que c'est en se raréfiant dans les cavités du cœur, qu'il distend et aux contractions desquelles il s'oppose, qu'il produit la syncope et la mort. L'autopsie cadavérique est ici d'accord avec ce point de physiologie expérimentale.

Telle a été, on n'en peut douter sans combattre des faits qui ont eu pour témoins 400 personnes, la cause de la mort d'Alexandrine Poirier.

Ce triste et affreux résultat d'une cause non encore généralement reconnue comme pouvant déterminer instantanément la mort pendant la durée de certaines opérations chirurgicales, doit-il détourner à l'avenir les praticiens de semblables opérations? Doit-on abandonner à une mort certaine des individus qu'on pourrait sauver en les pratiquant? M. Dupuytren ne le pense pas. L'accident qui lui a enlevé sa jeune malade est trop extraordinaire pour qu'on doive craindre de le voir répété souvent: il doit être très-rare, si l'on en juge par le silence des auteurs à ce sujet.

Mais si d'un côté cet accident ne fait qu'ajouter une chance très-faible aux chances défavorables au succès des opérations en général, d'un autre côté on ne devait pas le

regarder comme n'étant d'aucune importance, et M. Dupuytren a pensé faire une chose utile en s'occupant à chercher les moyens de la détruire. La ligature ou la compression des veines, avant ou pendant l'opération, seraient impossibles ou inefficaces, soit à cause de la situation et des rapports de la tumeur à extirper avec les vaisseaux à lier ou à comprimer, soit parce que toutes les parties du système veineux communiquant entr'elles avec la plus grande facilité, le passage que l'une refuserait à l'air lui serait immédiatement livré par l'autre. L'enlèvement partiel de la tumeur par couches successives aurait le grand inconvénient d'alonger excessivement l'opération et d'exposer les malades à des douleurs et à des pertes de sang capables d'amener la mort immédiatement et par elles-mêmes, ou plus tard et par leur influence sur les suites de l'opération.

S'il a été démontré qu'une des causes qui ont le plus favorisé l'introduction de l'air dans les veines, dans le cas que nous avons rapporté, se trouve dans les mouvemens opérés sur la tumeur, mouvemens qui imitent assez bien ceux d'aspiration et de compression du soufflet, il sera également démontré qu'on peut prévenir presque sûrement ce funeste accident en s'abstenant des mouvemens qui peuvent y donner lieu, et dès-lors il ne reste plus qu'à trouver le moyen de pratiquer l'opération sans y recourir.

Il ne paraît pas possible d'extirper, du moins tant qu'elles resteront entières, des tumeurs dures, denses, inflexibles, à très-large base adhérente à des muscles, à des tendons, à des os, sans exercer sur elles des efforts plus ou moins grands, afin de couper ou de détruire entièrement les liens qui unissent leur base aux parties sur lesquelles elle s'appuie; mais si on suppose ces tumeurs divisées en une multitude de parties mobiles les unes sur les autres, la même difficulté n'existe plus, et il sera pos-

sible d'enlever successivement toutes ces parties, et conséquemment la totalité du mal, sans recourir à ces mouvemens étendus qu'on a tant d'intérêt à éviter. C'est à cette idée que M. Dupuytren s'est arrêté, pour prévenir un accident pareil à celui dont Alexandrine Poirier a été la victime. Le procédé qu'il conseille consiste donc à diviser, par des incisions cruciales ou autres, la tumeur en plusieurs parties susceptibles d'être extirpées séparément et dont aucune n'offrirait assez de difficultés et n'exigerait des efforts assez grands pour déterminer une aspiration par les veines divisées. Peut-être devrait-on joindre à ce premier soin celui de commencer les extirpations partielles par les parties opposées au cœur, afin que les restes des tumeurs placés entre cet organe et les points actuellement soumis à la dissection, en comprimant les veines entre le point où elles peuvent se trouver divisées et le cœur, empêchent l'air de pénétrer dans le système vasculaire à sang noir.

Depuis que ce cas s'est présenté à M. Dupuytren, il a acquis la certitude que des événemens pareils ont été observés par de très-habiles praticiens à Edimbourg, à Berlin et même à Paris. Mais comme ces praticiens ont gardé le silence, il ne s'est pas cru autorisé à faire connaître les faits qu'ils ont observés, et il a restreint à ceux qui lui appartiennent les conséquences à déduire d'un événement aussi extraordinaire qu'affligeant. Si ces faits viennent un jour à être rendus publics, leur réunion devra faire un des sujets les plus dignes de la méditation des gens de l'art et de l'Académie destinée à favoriser et à diriger ses progrès.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Troisième Mémoire sur la taille recto-vésicale (1) *; par* VACCA BERLINGHIERI, *professeur à l'Université de Pise.* (*Extrait communiqué par M.* BRESCHET.)

La taille recto-vésicale, née en France où elle fut assez froidement accueillie, a été importée en Italie, où, malgré des contradictions imposantes, elle paraît s'être naturalisée. Elle fut pratiquée presqu'en même temps, à Turin, à Gènes, à Milan, à Pise, mais par des procédés différens. Des chirurgiens qui la mirent en exécution, les uns ne tardèrent pas à l'abandonner, les autres, et ce fut le plus grand nombre, la regardèrent comme une méthode de taille supérieure à toutes celles connues jusqu'alors. Parmi ces derniers, on doit remarquer le professeur toscan, Vacca, qui a publié sur ce sujet trois Mémoires accompagnés d'observations nombreuses de taille recto-vésicale, exécutées avec succès (2).

Le premier de ces Mémoires a eu pour objet de faire connaître, d'une manière générale en Italie, la nouvelle méthode avec quelques modifications qu'y avait faites Vacca lui-même. Ces modifications consistaient surtout à ne prolonger l'incision sur le corps de la vessie, que lorsqu'on y était absolument forcé par le volume de la

(1) *Memoria terza sul taglio retto-vesicale del professore* VACCA BERLINGHIERI, *e lettera sul medesimo soggetto dei signori* CAVARRA *et* GIORGI, *professori di chirurgia.—Pisa, presso* SEBASTIANO NISTRI. 1823.

(2) Les deux premiers Mémoires ont été extraits dans ce Journal; *voyez* le tome

pierre. Dans ce Mémoire, la théorie était appuyée de cas pratiques destinés à engager les chirurgiens à tenter la taille recto-vésicale, soit pour l'admettre, soit pour en montrer les inconvéniens. L'objet de ce Mémoire fut rempli. Quelques chirurgiens tentèrent la nouvelle méthode et lui donnèrent des éloges ; d'autres la condamnèrent du haut de leurs chaires et dans leurs écrits. Dans le second Mémoire, Vacca répondit aux objections faites à ce procédé opératoire par Scarpa et Geri, dont le premier, s'appuyant sur des considérations théoriques, blâmait l'opération sans l'avoir exécutée, tandis que l'autre la rejetait après l'avoir tentée. Des faits nouveaux et plus nombreux, rapportés dans ces écrits, semblent confirmer les avantages attribués à la taille recto-vésicale. Mais ils ne parurent pas à Vacca suffisans pour résoudre les deux questions suivantes. Obtient-on par la nouvelle méthode une guérison plus lente que par la taille latéralisée? Les fistules urinaires sont-elles plus fréquentes dans la nouvelle que dans l'ancienne manière d'opérer? A ces questions Vacca aurait pu en ajouter une autre sur laquelle nous reviendrons plus tard. Les individus opérés de la taille recto-vésicale, sont-ils, par le fait même de l'opération, exposés à perdre leur faculté reproductrice? Quoi qu'il en soit, le second Mémoire augmenta en Italie le nombre des partisans de la taille recto-vésicale, et donna lieu à de nouvelles critiques de la part de Scarpa et de Ribéri. Vacca ne voyant point dans les écrits, soit de l'un, soit de l'autre, des faits ou des raisonnemens qui attaquassent essentiellement la nouvelle méthode, ou qui ne trouvassent leur réfutation dans les deux premiers Mémoires, laissa ces critiques sans réponse, attendant, comme il le dit, pour se convaincre des inconvéniens de la nouvelle taille, ou pour en faire mieux ressortir les avantages, que d'autres athlètes descendissent dans l'arène, ou que les mêmes écrivains s'ap-

puyassent d'autres argumens ou d'observations plus concluantes, pour rejeter la méthode qu'il avait modifiée.

Les hostilités ne tardèrent pas à recommencer. Le professeur Scarpa, dans un petit ouvrage orné de belles planches, se proposa de prouver, non seulement que la taille recto-vésicale est inférieure aux autres méthodes adoptées, mais encore, qu'à l'envisager sous tous ses rapports, cette opération est très-défectueuse et peu digne des lumières du siècle, soit en fait d'anatomie humaine, soit en fait de médecine opératoire, et il crut pouvoir conclure que pour les calculs de petite, de moyenne, de grosse dimensions, la taille latéralisée devait être préférée, et qu'on devait, pour les pierres très-volumineuses, recourir à la taille par le haut appareil. (1) Vacca répliqua par un troisième Mémoire, dans lequel il eut pour objet, non seulement d'examiner le travail de Scarpa, mais encore d'exposer les résultats de plus de quarante opérations de taille recto-vésicale, exécutées depuis la publication du second Mémoire.

On peut rapporter à deux chefs principaux les objections du professeur de Pavie : les unes, en effet, sont fondées sur la disposition anatomique des parties rapportées au mode opératoire tel que Scarpa le conçoit : les autres sont relatives au mode opératoire, tel que Vacca reconnaît l'avoir conseillé. La première série de ces objections, d'après le professeur de Pise, tombe d'elle-même parce qu'elle s'appuye sur un principe faux ; Scarpa, en effet, décrit suivant lui, un mode opératoire différent de celui de son antagoniste. Voyons jusqu'à quel point cette assertion est fondée. L'incision extérieure a été pratiquée : elle comprend un pouce de la partie inférieure de la paroi antérieure du rectum, et au plus huit

(1) Voyez *Saggio di osservazioni sul taglio retto vesicale per l'estrasione della pietra della vesica orinaria*, etc. *Pavia*, 1823.

à neuf lignes du périnée. Vacca donne le conseil suivant (1) : « *Après avoir trouvé la cannelure du cathéter, le chirurgien la suivra pour porter le bistouri jusque dans la vessie : il incisera le col ainsi que la prostate, dans une plus ou moindre grande étendue, suivant l'idée qu'il se sera faite du volume et de la forme de la pierre ; et, comme nous sommes sujets à errer dans une semblable appréciation, je crois qu'il est prudent de tenir l'incision du col et de la prostate plutôt petite que grande ; car il est très-facile de l'agrandir ensuite.* » Dans son second Mémoire, page 14, il ajoute : « *Dans la méthode que je propose, on incise la prostate ni plus ni moins qu'on le fait dans les autres méthodes ; seulement on l'incisera dans sa partie moyenne et postérieure, plutôt que dans sa partie latérale.* » A la page 24 du même Mémoire, on trouve, « *on ne peut nier, que dans la méthode que j'ai indiquée pour inciser l'urètre, le col de la vessie et la prostate, on ne court grand risque de léser un des conduits éjaculateurs communs.* » Et à la page 27 ; « *Quand les os ne s'opposent pas à la sortie de la pierre, rarement est-on obligé d'inciser dans une grande étendue la prostate et le col de la vessie.* »

Dans toutes ces citations, et ce sont les seules qu'on puisse faire sur le point qui nous occupe, on ne voit point qu'il soit recommandé d'inciser la prostate dans toute son étendue : aussi Scarpa (pages 12 et 25 de son opuscule) s'est-il cru en droit de conclure que le chirurgien de Pise avait recommandé de n'inciser la prostate que dans la moitié de sa longueur, ou à-peu-près, ce qui laisse le col de la vessie intact et environné dans sa totalité, par un bourrelet que forme la base de la pros-

(1) *Memoria sopra il methodo di estrarre la pietra della vesica orinaria, per la via del intestino retto ; di* ANDREA VACCA BERLINGHIERI, etc. *Pisa, presso* SEBASTIANO NISTRI. 1821. (Page 37.)

tate ; d'où il résulte qu'en introduisant, après la taille recto-vésicale, le doigt par la plaie extérieure, et après avoir dépassé la moitié de la longueur de la prostate dans son plus grand diamètre, on éprouve une grande difficulté à arriver jusqu'au col de la vessie, et que lorsqu'on y est arrivé, on reconnaît qu'il est ceint d'un gros corps annulaire qui s'oppose fortement à l'entrée du doigt dans la vessie.

Cette critique du professeur Scarpa me semble parfaitement fondée, et tout ce que dit Vacca pour le détruire et donner à ses paroles un sens différent de celui que leur donne Scarpa, me semble tout-à-fait insuffisant. Mais en admettant même que Vacca eût donné le conseil d'inciser la prostate dans toute son étendue, lorsque cela serait nécessaire, de deux choses l'une ; ou l'on n'ira pas plus loin que la partie postérieure de la prostate, ou l'on prolongera l'incision sur le bas-fond de la vessie. Dans le premier cas, la dureté, la fixité des lèvres de l'incision prostatique s'opposeront à la libre extraction de la pierre, et de plus, l'ouverture ainsi obtenue sera moindre que celle qui est donnée par l'incision oblique de la prostate dans la taille latéralisée, ce dont chacun peut s'assurer d'une manière géométrique. Dans le second cas, on exposera le malade à voir les matières fécales s'introduire dans la vessie, et une fistule stercoro-urineuse s'établir. Je ne crois pas que ces graves inconvéniens soient compensés par la facilité que l'on a dans ce dernier cas à introduire les tenettes, et à extraire la pierre par une voie plus courte et plus large que celle qu'offre la taille latéralisée.

Je ne m'arrête point au danger de la lésion de l'artère honteuse interne, danger qu'on ne court point dans la taille recto-vésicale, mais qu'un opérateur exercé évitera toujours ou presque toujours dans la taille latéralisée. Je passe à l'examen de la seconde série d'objections ; celles

qui sont relatives au mode opératoire, tel que Vacca reconnait l'avoir conseillé.

Première objection.— La taille recto-vésicale expose à la lésion d'un ou des deux conduits éjaculateurs communs. Cette question est de la plus haute importance ; son développement me paraît devoir se rattacher à deux points principaux. 1.° Dans la taille recto-vésicale, blessera-t-on ou ne blessera-t-on point les canaux éjaculateurs: 2.° cette lésion exposera-t-elle les individus taillés à la privation de leur faculté reproductrice. Le raisonnement et les faits résolvent *la première partie* de la question. *Le raisonnement* : comment en effet, dans la taille recto-vésicale telle que l'a conseillée Vacca, pourrait-on ne pas léser les conduits éjaculateurs, dont l'union dans la prostate est tellement intime qu'ils semblent ne former qu'un seul conduit? Serait-ce en faisant filer bien perpendiculairement et suivant la direction du raphé, la lame bien tranchante d'un bistouri, entre les deux canaux éjaculateurs? Mais si on évite ainsi quelquefois leur lésion, dans le plus grand nombre des cas on n'obtiendra pas ce résultat : c'est ce que prouvent les faits suivans. M. le professeur Meli, et M. le docteur Mazzoni, de Ravenne, ont opéré 14 cadavres de taille recto-vésicale, en tenant le cathéter tout-à-fait perpendiculaire et dans la direction du raphé : jamais ils n'ont pu parvenir à ne pas inciser ou, au moins à ne pas entamer le conduit éjaculateur droit (1). M. Mazza, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Milan, sur 16 cadavres qu'il a taillés par la même méthode, n'a pu qu'une seule fois ne pas blesser l'un ou l'autre des conduits.— M. Senn, élève distingué des hôpitaux de Paris, a fait des essais analogues et n'a *jamais* pu ne pas léser les conduits éjaculateurs : il a fait

(1) Voyez *Annali universali di Medicina compilati da* ANNIBALE OMODEI. Vol. 26, pag. 14.

plus : il a enlevé sur plusieurs cadavres tout l'appareil génito-urinaire, a essayé de faire passer le tranchant du bistouri entre les canaux éjaculateurs préalablement mis à découvert, et a toujours, dans ces essais, blessé les conduits qu'il avait sous les yeux. — M. le professeur Meli a trouvé le conduit seminal droit lésé, chez un individu qui mourut trois jours après l'opération de la taille recto-vésicale qui lui avait été faite à l'hôpital de Ravenne. — M. Castoldi observa un résultat semblable chez un individu qu'il opéra par la même méthode, dans le grand hôpital de Milan, en novembre 1823. Enfin, trois malades opérés de la taille recto-vésicale à l'Hôtel-Dieu, dans le courant de 1823, étant morts à la suite de cette opération, chez deux d'entre eux on trouva les canaux éjaculateurs intéressés. Chez le troisième, cette lésion n'avait pas eu lieu parce qu'on avait donné à l'incision de la prostate une légère obliquité à gauche. Il reste donc prouvé que la lésion des canaux éjaculateurs dans la taille recto-vésicale aura lieu le plus souvent, et c'est ce que Vacca ne nie point : il cherche seulement à faire croire que cet accident peut se présenter aussi dans la taille latéralisée, et qu'en outre, dans cette dernière méthode, l'irritation que détermine sur les parties molles le passage d'un calcul trop volumineux par une route trop étroite, peut donner lieu à l'oblitération des conduits séminaux. L'expérience me semble avoir pris soin de réfuter d'avance ces deux opinions de Vacca. La deuxième partie de la question qui nous occupe est celle-ci. La lésion des canaux éjaculateurs exposera-t-elle les individus à la perte de leur faculté reproductrice ? Pour la résoudre d'une manière tout-à-fait favorable à la taille recto-vesicale, il faudrait prouver : 1.° que la réunion des conduits éjaculateurs lésés a toujours lieu ; 2.° que cette réunion, de quelque manière qu'elle ait lieu, permet *toujours* au sperme d'être porté dans l'urètre, et n'empêche *jamais* les individus opérés

de jouir de la plénitude de leur faculté reproductrice. Or, ces deux points sont tout entiers à prouver, et l'on ne pourra le faire que par des faits longuement et soigneusement établis ; remarquons bien encore qu'il ne s'agit point de montrer que *des* individus opérés de la taille recto-vésicale ont pu procréer après leur guérison ; car, si par suite des recherches que je propose, on parvenait à démontrer que le quart, le huitième même des individus qui ont subi cette opération devient impropre aux fonctions génératrices, la taille recto-vésicale ne pourrait plus être ni proposée, ni exécutée.

Seconde objection. — La lésion de l'intestin rectum, dans la taille recto-vésicale, ajoute à la gravité de l'opération. Cette objection me paraît insignifiante ; Vacca, qui l'a déja examinée dans son second Mémoire, ne s'y arrête pas dans celui-ci ; et il a raison. Comment croire en effet, avec le professeur Geri, que la lésion de la partie inférieure de l'intestin rectum, puisse entraîner, par elle-seule, le météorisme, une diarrhée opiniâtre, des borborygmes, enfin, donner lieu à la fièvre intermittente. Chacun sait en effet, que l'organisation de la partie inférieure du rectum n'est point tout-à-fait celle du reste du tube intestinal, dont les plaies doivent en grande partie leur gravité à la lésion du péritoine qui les recouvre. Et d'ailleurs a-t-on jamais redouté de semblables accidens dans le cas d'opération de fistule à l'anus?

Troisième objection. — Après la taille recto-vésicale, la guérison est plus tardive, si, dans cette opération, on n'étend pas l'incision jusque sur le corps de la vessie ; cette assertion ne paraît pas exacte, mais dans le cas où l'on prolongerait l'incision au-delà de la prostate, la théorie indique et l'expérience confirme que la guérison doit être plus longue que dans la taille latéralisée. D'ailleurs le fait d'une guérison plus tardive après la taille recto-vésicale, et dans tous les cas, fût-il bien prouvé,

ne pourrait à beaucoup près balancer les avantages que Vacca attribue à la taille recto-vésicale ; car après cette opération, les malades ne sont point astreints à garder le lit plus long-temps que dans les autres tailles.

IVe *Objection.* — Les fistules recto-vésicales sont plus fréquentes après la taille de ce nom qu'après la taille latéralisée. Cette objection est grave. L'inconvénient reproché ici à la taille recto-vésicale pourrait très-bien en balancer les avantages et mettre en doute si, dans le cas de calculs d'un médiocre volume, on ne devrait point lui préférer la taille latéralisée, quoiqu'à dire vrai, une fistule urinaire qui ne permet point l'écoulement involontaire de l'urine, mais donne seulement lieu à la sortie de quelques gouttes de ce liquide lors de son émission naturelle, ainsi que cela peut arriver quand on n'a point été obligé d'intéresser le bas-fond de la vessie, ne doive pas être considérée comme une incommodité bien grave. Cette question, du reste, mérite un profond examen. Scarpa affirme que, sur cent individus opérés par la taille latéralisée, à peine deux restent-ils fistuleux. La chose peut être vraie, et les observations de Vacca porteraient à la regarder comme telle. Mais pour qu'une semblable assertion acquît de l'importance, il faudrait que le professeur de Pavie dît sur quels calculs il se fonde, qu'il montrât les résultats obtenus dans différens hôpitaux par différens opérateurs sur un grand nombre de calculeux, et, quand un semblable travail aurait été fait, il faudrait en comparer les résultats avec ceux obtenus par la taille recto-vésicale dans un nombre égal de cas semblables, chose qui ne peut pas encore se faire, parce que la nouvelle méthode ne compte point encore d'assez nombreuses observations, et pour que le calcul fût vraiment concluant, on devrait y faire entrer les résultats de la taille latéralisée, relativement aux fistules, lorsqu'on commença à la pratiquer, et avant qu'une longue expérience

eût fait voir les perfectionnemens qu'on peut y apporter. Cheselden, ne renonçant jamais à la taille latérale, n'en a-t-il pas modifié le procédé opératoire? Il ne faut point d'un petit nombre de faits tirer des conséquences prématurées, et les regarder comme indubitables. Si Giorgi et Cavarra, qui ont opéré 21 individus sans rencontrer de fistules, inféraient de là que la fistule n'a jamais lieu dans la nouvelle méthode, ils auraient tort assurément, et Vacca aurait également tort s'il voulait soutenir que la fistule y est plus commune que dans les autres méthodes, parce que sur 24 opérés il l'a vue deux fois. Les fistules urinaires ont été certainement très-fréquentes toutes les fois que le bas-fond de la vessie a été incisé : mais c'est là une autre question qui sera examinée quand nous comparerons la taille recto-vésicale au haut appareil, car on n'est jamais obligé d'inciser le bas-fond pour extraire des calculs d'un moyen volume.

V.e *Objection.* — Dans le cas où le calcul à extraire est très-volumineux, on devra prolonger l'incision sur le bas-fond de la vessie, ce qui exposera à léser le péritoine, et à voir s'établir une fistule recto-vésicale. Vacca pense que dans la plus grande partie des cas de calculs volumineux, on pourra faire l'extraction sans prolonger l'incision au-delà de la prostate, parce que l'incision faite de cette manière donne une ouverture plus large que celle qui est fournie par la taille latéralisée. Je ne suis point du tout de cet avis, et les raisons sur lesquelles je me fonde ont été exposées quand il s'est agi de discuter la première série des objections faites par Scarpa à la taille recto-vésicale. Je ne veux pas me répéter. Il ne doit donc être ici question que des cas où le calcul est trop volumineux pour être extrait, soit par la méthode latéralisée, soit, et *à plus forte raison*, par la méthode recto-vésicale, telle que la conseille Vacca. Alors faut-il employer la taille recto-vésicale dans laquelle on prolongera l'incision sur

le bas-fond de la vessie, ou bien avoir recours au haut appareil? Scarpa préfère ce dernier parti, et il se fonde principalement sur les motifs renfermés dans l'objection que je discute, auxquels vient se joindre la probabilité de la lésion de la vésicule séminale. Le chirurgien pisan est, comme on le sent bien, d'un avis contraire : il rappelle les difficultés et les inconvéniens de la taille par le haut appareil. — Le professeur de Pavie avait dit que dans la taille recto-vésicale, lorsqu'on veut prolonger l'incision sur le bas-fond de la vessie, on est obligé d'inciser sans guide, à moins d'employer un cathéter d'une forme particulière. Il se trompait. Vacca avait recommandé de se servir de l'index gauche comme conducteur, pour inciser le bas-fond de la vessie.

La lésion du péritoine, suivant Scarpa, est aussi à redouter dans la taille recto-vésicale que dans la taille par le haut appareil. Le professeur de Pavie s'appuie de l'observation du professeur de Turin, Geri, observation dans laquelle le péritoine descendait tellement bas, entre le rectum et la vessie, que le col de ce dernier organe en était comme enveloppé. Vacca regarde cette disposition comme tout-à-fait insolite. Scarpa cite encore en faveur de son opinion celle de Camper, et la planche dans laquelle l'anatomiste hollandais a représenté le péritoine couvrant presque tout le bas-fond de la vessie. Le professeur toscan regarde encore cette disposition comme une disposition particulière, et il fait remarquer, en outre, que Camper a supposé la vessie vide, quand il a dit qu'en en faisant la ponction par le rectum, on pouvait craindre de blesser le péritoine. Or, comment appeler vide, s'écrie Vacca, une vessie que remplit un calcul très-volumineux? Des recherches nouvelles ont paru montrer que le péritoine, dans le repli qu'il forme pour se porter de la vessie sur le rectum, descend plus bas et est surtout plus adhérent sur la ligne médiane que sur

les côtés. Toutefois il me semble que la lésion du péritoine, considérée même comme seulement probable, n'est point un des inconvéniens qu'on doive reprocher à la taille recto-vésicale exécutée en prolongeant l'incision au-delà de la partie postérieure de la prostate. Il faudrait, en effet, pour que cette lésion eût lieu, que l'on donnât, à l'incision du bas-fond de la vessie, une étendue qu'un opérateur habile ne lui donnera jamais.

Quant aux *fistules recto-vésicales*, elles forment certainement, avec la lésion de l'appareil reproducteur, le sujet des reproches les plus graves que l'on puisse faire à la taille recto-vésicale. Scarpa prétend d'abord que dans cette méthode de tailler, ces fistules sont inévitables. Cette assertion est évidemment inexacte. Mais déjà, dans le cas où l'on n'incisera point au-delà de la prostate, l'expérience prouve que la fistule recto-vésicale est rare, et dans le cas même où l'on prolongera l'incision sur le col de la vessie, la fistule, quoique fréquente, n'est cependant point inévitable : c'est encore l'expérience qui le prouve. Le professeur Géri, de Turin, le docteur Camoin, chirurgien en chef de l'hôpital d'Odessa, le professeur Regnoli, chirurgien en chef de l'hôpital de Pesaro, le docteur Bandiera, chirurgien corse, ont opéré, chacun de la taille recto-vésicale, un individu chez lequel ils ont incisé le bas-fond de la vessie, et leur malade est guéri sans fistule et assez promptement.

« Mais c'est une très-grande erreur, dit Vacca, de croire que dans la taille recto-vésicale on doive inciser le bas-fond de la vessie pour toute pierre qui ne peut être extraite par la méthode latéralisée. Il y a plus ; la nécessité de cette incision est extrêmement rare, ainsi que je l'ai dit, et c'est une des circonstances sur lesquelles j'appelle plus particulièrement l'attention des praticiens, de Scarpa lui-même, et qui rendent si précieuse la nouvelle méthode. »

Les calculs de la vessie urinaire diffèrent entre eux, non-seulement par leur composition et leur figure, mais beaucoup aussi par leur volume. Les uns ont à peine une ligne de diamètre, d'autres ont un diamètre de plusieurs pouces, de sorte qu'en allant des plus petits calculs aux plus volumineux, on les voit former une longue série de concrétions qui, relativement à leur volume, offrent des différences de fractions de ligne, de lignes, de pouces. Le détroit inférieur du bassin, à travers lequel ces calculs doivent passer pour sortir de la vessie (quelle que soit la méthode que l'on emploie, à part la taille hypogastrique), offre, comme chacun sait, une ouverture dont les diamètres sont déterminés et dont les parois ne cèdent pas. Cette ouverture est étroite et n'a que quelques lignes d'étendue au dessous et à peu de distance de la symphise des pubis : elle devient d'autant plus large qu'on s'éloigne davantage de ce point. Elle l'est plus que partout ailleurs entre les tubérosités ischiatiques. Or, il est clair que, quand on voudra extraire un calcul de moyenne grosseur, il faudra connaître, non point approximativement, mais avec une précision mathématique, le volume du calcul, et choisir la voie plus spacieuse de l'hypogastre ou de l'intestin rectum, pour ne point s'exposer ou à le laisser dans la vessie, ou à le briser exprès, ou à passer au haut appareil après avoir tourmenté le malade par la taille latéralisée. Il est si vrai qu'il en est ainsi, que pendant un temps Scarpa crut qu'on ne devait pas extraire, par la taille latéralisée, les calculs ayant plus de 16 lignes dans leur petit diamètre. Il écrit actuellement qu'on peut se hasarder à extraire aussi ceux dont les diamètres ne vont qu'à 20 lignes ; mais s'il en est ainsi, il sera certain encore que les calculs ayant 21 ou 22 lignes ne pourront être extraits. »

On voit, par cette citation, que Vacca raisonne toujours dans l'hypothèse où la taille recto-vésicale, pratiquée sans

qu'on prolonge l'incision sur le bas-fond de la vessie, suffirait dans presque tous les cas pour extraire des calculs très-volumineux; mais j'ai déjà dit que je ne croyais pas qu'il en fût ainsi. Lorsque l'incision faite à la prostate ne dépasse pas sa partie postérieure, il me paraît évident que l'ouverture qu'elle fournit, dans la taille recto-vésicale, est moins ample que l'ouverture fournie par l'incision de la prostate (incision ne dépassant point également cet organe) dans la taille latéralisée, par la raison mathématique que de deux lignes dont l'une est oblique et l'autre perpendiculaire à une même ligne, c'est l'oblique qui est la plus grande. Or, dans ce cas, la ligne d'incidence c'est le bord postérieur de la prostate, la ligne perpendiculaire c'est l'incision de la prostate sur la ligne médiane, la ligne oblique c'est l'incision de la prostate dans la taille latéralisée. Et qu'on ne vienne pas parler de dilatation des parties molles et de résistance des parties osseuses, l'une et l'autre existeront au même degré dans la taille recto-vésicale où l'on n'intéressera pas le bas-fond de la vessie, et dans la taille latéralisée; car le bord postérieur de la prostate, où viennent finir les deux incisions, mesure, dans l'un et dans l'autre cas, la hauteur de l'arcade sous-pubienne, à laquelle se termine l'ouverture qui doit donner passage au calcul. On ne mettra point en avant non plus, je l'espère, la grandeur de l'incision extérieure dans la taille recto-vésicale, car on sait bien que dans la taille sous-pubienne en général, ce n'est jamais l'étroitesse de l'incision extérieure qui rend difficile l'extraction du calcul, mais bien le peu d'étendue relative donnée à l'incision de la prostate et du col de la vessie.

Ainsi donc ce n'est point dans l'hypothèse où la taille recto-vésicale ne devra pas s'étendre au-delà de la prostate, qu'il faut examiner la question de l'établissement et de la persistance des fistules recto-vésicales, parce qu'exé-

cutée ainsi, l'opération expose rarement à cet accident; mais bien sur cette donnée que, dans tous les cas où il s'agit de substituer la taille recto-vésicale au haut appareil, on doit prolonger l'incision au-delà de la prostate, sur le bas-fond de la vessie. Or, le raisonnement et les faits ont prouvé qu'après l'opération ainsi pratiquée, les fécès passent dans la vessie, entraînant après elles une fistule recto-vésicale. Vacca lui-même, dans son second mémoire, a réfuté les raisons que M. Sanson, inventeur de la méthode recto-vésicale, avait employées à démontrer le contraire. Il a fait voir que les matières stercorales devaient passer et passaient en effet dans la vessie, soit pendant, soit hors de l'acte de l'excrétion. Les faits n'ont que trop prouvé qu'il ne se trompait point; et c'est bien à tort que le docteur Farnèse (1), un des plus chauds partisans de la taille recto-vésicale, a voulu nier un fait sur lequel s'étaient accordés les professeurs de Pise et de Pavie. « Mais, dit Vacca en terminant, dans le cas où il est indispensable d'intéresser le bas-fond de la vessie, on peut regarder le danger de la fistule comme amplement compensé par le peu de risque que court la vie du malade, laquelle est certainement bien moins compromise dans la taille recto-vésicale que dans le haut appareil, à raison de la facilité avec laquelle s'exécute l'opération, à raison de la plus grande probabilité qu'on a de découvrir et d'éviter le péritoine, de la liberté avec laquelle s'écoulent les urines et les mucosités, de la sortie facile des fragmens de la pierre, enfin, à raison de la certitude que l'on a d'éviter les extravasions urineuses dans le bassin ».

Sans doute ces avantages sont réels : mais Vacca ne

(1) *Esame delle osservazioni sul taglio retto vesicale, por l'estrazione della pietra dalla vesica orinaria publicate dal signor cav.* Antonio Scarpa, *professore emerito in Pavia*, etc., etc. — *Di* Tomaso Farnese *dottore in filosofia e medicina; Milano, presso* Ranieri Fanfani. 1823.

montre que le beau côté de l'opération. Indépendamment de l'incommodité dégoûtante que constitue une fistule recto-vésicale dans laquelle les fécès sortiraient par la verge et les urines par l'anus, incommodité telle que, si elle était l'inévitable suite d'une opération de taille recto-vésicale, avec prolongation de l'incision sur le bas-fond de la vessie, on devrait rejeter constamment cette opération dans le cas où l'on croirait pouvoir la substituer au grand appareil, indépendamment de cette incommodité, dis-je, qui ne voit compromis, dans ce cas, les plus chers intérêts de l'humanité? Comment, chez un individu porteur d'une fistule de la nature de celles dont nous parlons, le sperme pourrait-il être porté dans l'urètre et éjaculé par ce canal? Comment les cautérisations multipliées qu'il aura fallu faire pour amener la maladie à cet état n'auront-elles point oblitéré les canaux éjaculateurs du sperme? Enfin, dans le cas où les urines seulement passeraient par l'anus, mais y passeraient en totalité, niera-t-on que l'individu ne doive être affecté d'une impuissance absolue?

En terminant son Mémoire, Vacca examine la question de savoir si dans le cas où il existe des signes d'altération organique de la vessie, on doit faire subir au calculeux l'opération de la taille. Fondé sur l'incertitude des signes des dégénérations de la vessie, il résout, contradictoirement à l'opinion de Scarpa, la question pour l'affirmative, en restreignant pourtant les cas de cette nature où il faudrait opérer, à ceux dans lesquels il y aurait *douleurs violentes et imminence de mort.* Vacca me semble avoir raison; mais comme la question qu'il traite ne se rattache point directement à la taille recto-vésicale, je crois pouvoir m'abstenir d'entrer avec lui dans les détails auxquels il se livre, pour prouver la validité de son opinion.

Ma tâche est terminée; j'ai rendu compte du travail

que j'avais sous les yeux. Avant de tirer les conclusions que l'état actuel des choses paraît comporter, je crois devoir mettre sous les yeux du lecteur le tableau suivant, persuadé que je suis que, pour mettre le public (je veux parler du public médical) à même de juger de la bonté d'un nouveau mode de traitement, les tableaux de mort et de guérison faits comme ils doivent l'être, c'est-à-dire, accompagnés d'annotations relatives à toutes les circonstances influentes, sont le meilleur moyen de mettre tout le monde d'accord, si tant il y a que tout le monde puisse être d'accord en médecine.

Tableau comparatif des résultats des opérations de taille pratiquées par la méthode recto-vésicale. — 69 malades ont été opérés; 13 sont morts. De ces 13 morts, 7 paraissent avoir succombé à des affections *tout-à-fait* indépendantes de l'opération. 56 ont guéri. De ces 56 guéris, 8 l'ont été avec fistule. Chez un de ces 8 guéris avec fistule, le bas-fond de la vessie avait été lésé. — 48 ont donc été guéris sans fistule; chez 4 d'entre eux le bas-fond avait été lésé. — Le temps pendant lequel s'est effectué la guérison a varié. — De 8 à 15 jours il y a eu 7 malades guéris. — De 15 à 30 jours il y en a eu 28. — De 30 à soixante jours il y en a eu 10. — Enfin, de 60 jours à 7 mois, il y en a eu 11.

Conclusions. — Les principaux avantages de la taille recto-vésicale sont, l'impossibilité de léser l'artère honteuse interne, l'écoulement presque nul du sang pendant et après l'opération, l'extraction facile des calculs volumineux dans le cas où l'on inciserait le bas-fond, la certitude de n'être jamais obligé à recourir à la taille hypogastrique après avoir commencé une taille sous-pubienne, l'impossibilité presque absolue des infiltrations urineuses dans le petit bassin. — Les inconvéniens graves de cette méthode opératoire sont, la lésion des conduits éjaculateurs et la fistule recto-vésicale. Le premier inconvénient entraîne-

t-il l'impuissance? c'est ce qui est tout entier à prouver. — Le second inconvénient sera rare dans le cas où l'incision n'aura pas dépassé la prostate : il sera fréquent, mais non *point inévitable*, dans le cas où l'on aura incisé le bas-fond.

Dans la taille latéralisée, on n'a point à redouter la lésion des conduits éjaculateurs : les fistules urinaires y sont rares, *mais non point impossibles*. Dans cette méthode tous les avantages de la taille recto-vésicale se changent en inconvéniens.

1.° Les lésions du rectum ne sont pas rares dans la taille latéralisée, et l'on pourrait en citer plus d'un exemple à Paris, où des praticiens connus par leur expérience et leurs ouvrages ont eu à déplorer la perte de leur malade par cette cause.

2.° La lésion des vaisseaux du périnée donne lieu à des hémorrhagies souvent fâcheuses et quelquefois mortelles.

3.° La lésion de l'artère honteuse interne est presque toujours suivie de la mort du sujet.

4.° L'impossibilité d'extraire de gros calculs par la taille latéralisée, oblige quelquefois à tourmenter le malade par une nouvelle opération, la taille hypogastrique.

5.° La proportion de mortalité est plus grande dans le cas de taille latéralisée que dans le cas de taille hypogastrique. En faisant abstraction de la pratique civile, dans laquelle, au dire des praticiens (et ce dire n'est pas toujours exact), le cinquième ou le septième des opérés succombe, la vérité est que dans les hôpitaux il meurt le tiers des individus taillés par la méthode latéralisée. Il serait curieux, du reste, de faire à cet égard le relevé des feuilles de ces établissemens. — Dans la taille recto-vésicale, la proportion des morts paraît évidemment moins forte, ainsi que le prouve le tableau ci-dessus.

Le parallèle que je viens de faire rapidement me mène à cette dernière conséquence que la taille recto-vésicale

est ou paraît préférable à la taille latéralisée, et qu'il faut, sinon l'admettre entièrement, au moins la tenter, plus souvent surtout qu'on ne l'a fait en France où elle a le grand tort d'être née.

Opuscules scientifiques de l'Université pontificale de Bologne, tome II, 1818. (Extraits *par* C. P. Ollivier (*d'Angers*), *D.-M.-P.*).

Recherches expérimentales sur la texture organique des os; par Michele Medici, *D.-M.* (1). L'auteur rappelle d'abord les opinions de Gagliardi, Malpighi, Havers, Reichel, Duhamel, Delasône, Haller, Behmer, Kemme et Scarpa, sur ce point d'anatomie qui a été le sujet d'un si grand nombre d'écrits; et dans l'intention de vérifier les faits avancés par ces différens auteurs, il examine s'il existe des lames dans le tissu des os de l'homme et de diverses classes d'animaux; de quelle manière elles sont réunies si elles existent; enfin quelle est la texture de ces mêmes lames. Il résulte des expériences de ce physiologiste: 1.° que les parois des os sont composées entièrement ou partiellement de lames; 2.° que les parties extérieures ou superficielles des os sont complètement lamelleuses et bien plus susceptibles de se diviser en lames que les parties intérieures; 3.° que les lames sont réunies entr'elles, soit par une substance cellulaire, soit par des appendices filamenteux, ou bien par une simple adhérence de leurs surfaces; 4.° que la texture des lames est fibreuse dans quelques-unes et celluleuse dans d'autres; 5.° que dans la plus grande partie des os que l'auteur a

(1) *Esperienze intorna alla tessitura organica delle ossa, da* Michele Medici, *D.-M.*

examinés, la portion des parois qui n'est pas laminaire semble plutôt formée par un tissu fibreux et rameux condensé, que par une véritable substance cellulaire ou caverneuse; 6.° enfin, qu'il existe toujours dans les os du tissu celluleux qui forme, par son écartement, une partie ou la totalité des extrémités, et qui occupe le canal médullaire.

Observations sur le pigment noir de l'œil; par Michele Mondini (1). — Carolo Mondini (père de l'auteur de ce mémoire), publia en 1790 des observations microscopiques desquelles il résulte que le *pigment noir* qui recouvre la face interne de la choroïde et la face postérieure de l'iris n'est pas simplement un enduit, un vernis, comme on le dit généralement, mais bien une véritable membrane formée d'une multitude innombrable de globules dont la réunion compose un réseau excessivement ténu. Michele Mondini, en répétant ces premières recherches, et les étendant à plusieurs classes d'animaux, a reconnu : que la teinte noire de cette membrane est due à de l'oxyde de fer, comme on le voit en calcinant dans un creuset de platine une choroïde d'adulte; car on extrait des particules de fer de la masse incinérée, à l'aide de l'aimant, et l'on n'en trouve au contraire aucunes traces dans la choroïde du fœtus, qui, à cause de cela, est blanche et transparente. Il est facile d'observer la texture véritablement membraneuse du *pigment noir* de la choroïde, en coupant un œil transversalement et en l'examinant sous l'eau après avoir enlevé les humeurs qu'il contenait et la rétine : on peut alors isoler le *pigment noir* de la face interne de la choroïde, sur-tout si on a d'abord plongé l'œil quelque temps dans l'alcohol : ce fait est sur-tout très-facile à vérifier dans l'œil du cheval. Cette membranule, qui est plus épaisse sur les procès ciliaires et la face postérieure

(1) *Osservaz. sull nero pigmento dell'occhio*, etc. (avec planches.)

de l'iris, devient de plus en plus mince à mesure qu'elle se rapproche davantage de l'insertion du nerf optique, se raccornit par l'eau bouillante, de même que par une chaleur un peu forte; mise en macération dans l'eau, elle offre une certaine ténacité, et quand on l'agite fortement dans ce liquide, elle ne s'y dissout pas comme cela devrait être, si ce n'était qu'un simple enduit; mais elle est ainsi divisée en une multitude de petits fragmens qui restent flottans.

Quand on place sur un verre une portion de cette membrane, et qu'on l'examine au microscope, elle paraît composée de petits corps oblongs analogues aux globules, et qui sont rendus plus ou moins opaques par la présence d'une multitude de petits points noirs; ils ont à-peu-près la même grosseur, offrent plus de transparence vers le fond de l'œil que sur les côtés; moins encore sur les procès ciliaires, et sont réunis par un tissu celluleux très-délié. Observés avec une plus forte lentille, on distingue très-bien que chaque globule est formé de points noirs plus nombreux à sa circonférence qu'au centre. A la face postérieure de l'iris, ils sont superposés les uns aux autres de manière à former deux couches, et c'est de là que vient la teinte plus foncée de la couleur noire dans cette partie. Cette membranule a la même structure dans les autres mammifères, seulement les globules sont plus petits dans les carnivores et les rongeurs. Les globules sont très-blancs dans certaines espèces chez les animaux très-jeunes, et deviennent jaunes avec l'âge dans la partie qu'on nomme le *tapis* : c'est ce qui produit l'aspect azuré ou verdâtre du fond de l'œil chez ces animaux. Chez les oiseaux, les globules sont plus gros que chez les mammifères : ils sont disposés plus régulièrement; ils ont la forme d'un polygone : dans les oiseaux diurnes ils sont opaques, et transparens chez les nocturnes; différence qui dépend de la plus ou moins grande quantité de points noirs qu'ils

contiennent : ils sont elliptiques dans la vipère et la grenouille : ils renferment une si grande abondance de points noirs dans les poissons osseux et cartilagineux, que l'aspect de la membranule est analogue chez eux à celui qu'on observe chez les mammifères. Il en est de même chez les mollusques.

Du rapprochement de tous ces globules, il résulte que la surface extérieure de la rétine présente un nombre infini de petits points élevés dus à la saillie de chaque globule.

Il paraît que les molécules ferrugineuses apportées par les capillaires artériels de la choroïde sont déposées dans l'intérieur de chaque globule, et qu'elles y sont modifiées pour former la teinte noire *della membrana globulare*. Quand une cause quelconque vient diminuer la déposition de ces particules ferrugineuses, les globules se décolorent, et l'œil ne distingue plus alors les objets que confusément, quoiqu'il n'existe aucune altération des nerfs et des humeurs de cet organe : c'est ce qui a lieu dans la vieillesse, par exemple, où la teinte noire de la choroïde est bien moins intense. Enfin, les globules, en éloignant un peu la rétine de la choroïde, facilitent l'absorption des rayons lumineux : voilà pourquoi on observe que dans les animaux exposés souvent à une vive lumière, comme les oiseaux diurnes, les globules sont très-gros et noirs, qu'ils le sont moins dans les mammifères et beaucoup moins encore dans les poissons.

Remarques théorico-pratiques sur l'emploi des préparations d'or dans les maladies vénériennes; par Fulvio Gozzi, D. M. (1). — La méthode iatraleptique mise en pratique dès l'enfance de l'art, avait été successivement employée et abandonnée jusqu'à l'époque où le docteur

(1) *Sull'uso di alcuni remedi aurifici nelle malattie veneree ; annotazioni theorico-pratiche*, etc., etc.

Chrestien vint la rappeler à l'attention des praticiens. Ce médecin a préconisé, entr'autres remèdes, l'usage de l'hydrochlorate triple d'or et de soude en frictions sur les gencives dans le traitement des maladies vénériennes; et les résultats avantageux que le docteur Gozzi en a retirés ne peuvent qu'ajouter de nouvelles preuves en faveur de l'efficacité de ce médicament. L'expérience lui a démontré que dans l'administration de ce sel, il est préférable de le mêler avec l'amidon en poudre, et c'est toujours dans la proportion de deux parties d'amidon sur une de sel; il fait faire un mélange d'un grain d'hydrochlorate triple d'or et de soude avec deux grains d'amidon pulvérisé. Cette dose, divisée en dix ou douze parties égales, suffit d'abord pour le même nombre de frictions qu'on ne renouvelle qu'une fois par jour. Quand elle est terminée, on continue les frictions avec la même dose divisée en cinq ou six parties seulement, puis en quatre parties, de sorte qu'on administre chaque jour un quart de grain du sel métallique par friction. Il faut que les malades, en se frictionnant, conservent de la salive dans leur bouche et l'avalent plutôt que de la rejeter, ce à quoi les engage la saveur salée et styptique de ce sel. Toutes ces précautions sont aussi utiles pour la réussite du traitement, que l'exactitude des frictions. A l'aide de ce procédé, secondé d'ailleurs par les moyens généraux convenables, on obtient, en quelques mois, la cure radicale des affections vénériennes les plus invétérées, et les symptômes qui peuvent exister disparaissent sous l'influence de ce traitement, quelles que soient leurs formes.

En général, il est de la plus grande importance de ne pas se hâter d'arriver promptement à administrer à hautes doses les préparations d'or, dont les effets sur l'économie vivante sont ceux que produisent les irritans. On ne doit pas négliger cette considération, surtout quand

on emploie en frictions sur les gencives, soit l'or simplement divisé, soit l'oxyde d'or précipité par l'étain ou la potasse, ou bien l'hydrochlorate triple d'or et de soude. Souvent il faut se borner à un huitième de grain, ou à un sixième, jusqu'à la fin de la cure. L'hydrochlorate triple d'or et de soude est celle des préparations d'or qu'on doit préférer, et comme son action est bien plus énergique, elle demande plus de circonspection dans son emploi. On observe constamment, après les premiers jours de ce traitement, une augmentation sensible dans la sécrétion de l'urine en même temps que des sueurs abondantes : ces deux phénomènes annoncent l'action commençante du médicament. Il résulte d'expériences comparatives très-nombreuses, que les préparations d'or sont en général préférables aux préparations mercurielles dans le traitement des maladies vénériennes, quoiqu'on ne puisse nier les bons effets que ces dernières produisent; qu'elles ne donnent jamais lieu aux accidens consécutifs qu'on voit après l'emploi du mercure, et que, dans certains cas où ce dernier médicament avait été administré long-temps sans succès, elles ont produit une cure radicale de la maladie.

Remarques sur l'inclinaison de l'utérus pendant la gestation; par F. Lavagna *jeune*, D. M. (1).

On sait généralement que l'utérus est le plus souvent incliné du côté droit du bassin pendant la grossesse, et cette déviation a donné lieu à plusieurs hypothèses plus ou moins vraisemblables. Les uns ont prétendu que cela dépendait de l'insertion du placenta qu'on trouvait plus souvent de ce côté : mais il suffit de faire remarquer que cette obliquité de gauche à droite existe souvent, lors même que le placenta est adhérent au côté gauche de

(1) *Sull'inclinazione dell'utero gravido, riflessioni dell dottore* Francesco Lavagna *juniore*.

l'utérus. *Fattori*, professeur d'anatomie à l'université de Pavie, pense que cette position est due à ce que, dans son développement successif, l'utérus est forcé de se porter à droite par la présence de la grande courbure du colon et de l'intestin rectum, lesquels forment un obstacle à son développement du côté gauche. Mais cette supposition, tout ingénieuse qu'elle est, tend à faire rejetter l'existence de cette harmonie naturelle qu'on observe entre toutes les fonctions et dans la position des organes intérieurs. On doit regarder cette inclinaison à droite de l'utérus dans l'état de grossesse, comme étant le résultat de nos mouvemens naturels, qui ont lieu plutôt à droite qu'à gauche. Ainsi, par exemple, quand on veut enlever quelque chose de terre, on se sert toujours de la main droite, et dans ce mouvement le corps se trouve courbé de ce côté. En outre, il est certain que le coucher est plus facile et plus fréquent à droite, et que dans les actes relatifs à la locomotion, ainsi que dans le grand nombre d'attitudes diverses et non réfléchies, l'inclinaison du corps est le plus souvent à droite, soit consécutivement à l'habitude, soit par suite d'une disposition naturelle. Ce sont ces considérations qui nous font penser que les mouvemens habituels sont la cause qui détermine, pendant la gestation, l'inclinaison de l'utérus du côté droit de la cavité abdominale.

Mémoire sur les tempéramens des animaux domestiques; par le professeur Gaetano Gandolfi (1). — Chez les animaux, en général, les tempéramens sont loin de présenter des variétés aussi nombreuses que celles qu'on observe dans l'espèce humaine. En effet, dans cette dernière, chaque individu semble doué d'une constitution qui lui est propre, tandis que ces différences, qui sont caracté-

(1) *Su i temperamenti degli animali domestici memoria del professore* Gaet. Gandolfi.

risées par une diversité de proportions entre les parties constituantes de l'organisation, n'existent que dans les espèces chez les premiers, de sorte que le tempérament d'un animal est le même que celui de tous les animaux de la même espèce. Cette remarque importante dans l'art vétérinaire a été faite par les plus anciens auteurs, au sujet du cheval, du bœuf et du mouton : il résulte aussi des observations du professeur Pozzi, que ces espèces sont douées d'un degré différent de sensibilité. Si l'on considère attentivement les actions, les maladies et la structure de nos quadrupèdes domestiques en particulier, on voit qu'ils diffèrent entr'eux sous le rapport de l'espèce, des modifications apportées dans les fonctions, et des différences résultant du mode d'alimentation. Leurs tempéramens sont caractérisés par l'influence plus ou moins énergique que les systèmes sanguin, nerveux, lymphatique, et les viscères abdominaux impriment à l'économie toute entière. C'est ainsi que, dans le cheval, tout annonce cette irritabilité désignée par les anciens vétérinaires sous le nom de nature chaude, et qui constitue le tempérament sanguin : aussi les maladies inflammatoires sont-elles chez lui les plus fréquentes, et réclament en général l'emploi des débilitans. Dans le bœuf, au contraire, on observe un ensemble de caractères complètement opposés, qu'ils avaient nommé constitution froide, laquelle n'est autre chose que le tempérament mélancolique dû à la prédominance du système nerveux qui, chez cet animal, est le plus souvent affecté. L'épilepsie, bien plus fréquente chez lui que chez les autres animaux, en est une preuve, ainsi que les maladies aiguës et chroniques des viscères abdominaux, les flux de ventre, les fièvres contagieuses et le charbon. Il est plutôt sujet à l'assoupissement qu'au délire. Ces divers symptômes indiquent le plus ordinairement l'usage des stimulans dans le traitement de ses maladies, tant la réaction vitale est faible

chez cet animal. Il suffit également de comparer un instant le tempérament et la constitution physique du chien et du mouton, pour juger des différences qu'ils présentent sous le rapport de leurs habitudes et de leurs maladies. Dans le premier, on n'observe que des maladies avec excitation, des affections exanthémateuses, l'inflammation des viscères de l'abdomen, l'esquinancie, la gourme qui, lorsqu'elle ne cause pas la mort, produit la surdité, la cécité, la perte du goût, la paralysie des membres postérieurs. Le siége le plus fréquent des maladies de cet animal, réside dans le bas ventre, où l'on remarque un développement considérable du système de la veine porte, développement qu'on a considéré comme la cause prochaine de la rage. Ces différens caractères ne dénotent-ils pas chez le chien, ainsi que ses habitudes, le tempérament qui est caractérisé par un excès de sensibilité et d'irritabilité, que les anciens nommaient nature sèche, et qui constitue le tempérament bilieux, lequel est dû à la prépondérance d'action des viscères abdominaux. Tout, dans le mouton, annonce, au contraire, l'influence particulière du système lymphatique, et par conséquent le tempérament pituiteux : aussi observe-t-on, dans ses habitudes comme dans ses maladies, une asthénie remarquable. Quant à plusieurs autres animaux domestiques, nous nous bornerons à rappeler, par exemple, que l'analogie qui existe entre les habitudes, l'organisation et les maladies de l'âne, du mulet et du cheval, a démontré depuis long-temps que le tempérament des deux premiers était le même que celui du dernier, à quelques légères exceptions près : il en est de même du buffle et du bœuf, de la chèvre et du mouton. Quant au porc, qui végète plutôt qu'il ne vit, on remarque que sa sensibilité, supérieure à celle du mouton, offre quelqu'analogie avec celle du chien ; que chez lui les maladies inflammatoires se terminent promptement par gangrène ;

que les phlegmasies cutanées sont plus vives et dangereuses, comme l'érysipèle; qu'il éprouve, de même que le chien, les emportemens furieux qui dénotent le tempérament bilieux, et qu'il est aussi bien plus sujet à la rage que les autres animaux.

Sur les usages attribués au point de Sœmmering; par Felice Santi. — Ce professeur admet que l'impression des images qui frappent l'œil, est transmise au-delà de cet organe, et que la lumière agit directement sur le cerveau. Il appuie cette opinion sur ce qu'il existe, dit-il, une cavité dans l'épaisseur du nerf optique; sur l'analogie remarquable et le rapport qu'il y a entre le point de Sœmmering et la pupille; et enfin sur une propriété réfléchissante de la rétine.

Expériences comparatives sur l'emploi du tartre stibié et l'eau de laurier cerise; par Comelli. Le professeur Bergonzi avait avancé, d'après des expériences faites sur les lapins, que l'action de l'eau cohobée de laurier-cerise et celle du tartre stibié, se détruisaient mutuellement, de sorte que ceux de ces animaux auxquels on faisait avaler un seul de ces poisons, périssaient, tandis qu'ils n'éprouvaient pas d'accidens mortels quand on administrait les deux poisons mêlés ensemble, ou successivement l'un après l'autre. Les expériences du docteur Comelli, faites dans le but de vérifier ces résultats singuliers, ont fait voir, au contraire, que ces deux poisons sont également mortels, soit qu'on les fasse avaler successivement ou mêlés ensemble, ou lorsqu'on ne donne qu'un d'eux à une dose suffisante pour déterminer la mort.

VARIÉTÉS.

Académie royale de Chirurgie.

Séance du 13 mai 1824. — MM. Amussat et Gilbert sont nommés membres-adjoints.

M. Maingault commence la lecture d'un Mémoire ayant pour titre : *Considérations sur le spina bifida.*

M. Jules Cloquet fait hommage de sa thèse pour le concours d'aggrégation : elle a pour titre : *An in curanda oculi confusione, lentis crystallinæ extractio, hujus depressione præstantior ?*

M. Devergie donne lecture d'un Mémoire sur un cas de fracture du fémur, dans lequel le col, après s'être brisé, s'est enfoncé et en quelque sorte enclavé dans le corps même de l'os, entre les deux trochanters. M. Devergie présente des pièces anatomico-pathologiques et des dessins à l'appui de son travail. MM. Lisfranc, Yvan et Laurent sont nommés commissaires.

M. Larrey présente un soldat blessé à l'œil gauche par la gachette de son fusil. L'œil a été ouvert et le crystallin est sorti avec la plus grande partie des humeurs vitrée et aqueuse. L'iris a été déchiré et a contracté des adhérences avec la cornée. La vision s'opère à la fois par la pupille déformée et par l'ouverture accidentelle de l'iris. Le malade est affecté de diplopie quand il regarde seulement avec l'œil qui a été blessé.

M. Jules Cloquet présente un calcul urinaire du volume et de la forme d'un haricot, qu'il a extrait de la prostate d'un enfant de dix ans, sans avoir été obligé d'employer l'incision. Après avoir reconnu la situation du corps étranger, il introduisit profondément le doigt indicateur de la main gauche dans le rectum, et le porta sur le col de la vessie, afin de s'opposer à ce que le calcul pût remonter dans ce réservoir. Avec le bec de la sonde, il le souleva et parvint à le dégager de la prostate dans laquelle il semblait incrusté. Le calcul fut ensuite poussé par les urines jusqu'à la fosse naviculaire où il s'arrêta de nouveau. M. J. Cloquet l'amena au dehors avec un petit crochet mousse. L'enfant est parfaitement rétabli.

M. Aumont présente une tumeur enkystée développée dans la partie antérieure du corps de la matrice, et qui s'était ouverte dans la cavité de ce viscère. M. Aumont doit lire une note sur les circonstances qui ont accompagné le développement de cette tumeur qui peut peser cinq à six livres.

M. Bougon présente une tumeur carcinomateuse énorme qui s'est développée dans le creux de l'aisselle, et s'est étendue à toutes les parties voisines.

M. Dupuytren présente un malade affecté d'anévrysme variqueux de l'artère fémorale, remarquable par la force des bruissemens qu'on entend dans la tumeur.

Le même académicien présente un second malade. C'est une femme affectée d'une tumeur énorme de la cuisse droite, qui paraît être un lipome ; la malade n'y éprouve aucune douleur, et sa santé n'en est pas altérée.

Séance du 28 mai. — M. Pinel-Granchamp lit une observation sur un cas remarquable d'ostéo-sarcome développé à la mâchoire inférieure

après une violente contusion de cette partie. Il présente la pièce pathologique et le dessin qu'il en a fait.

M. Larrey présente un malade dans le coronal duquel une balle s'est engagée il y a plusieurs années. On sent manifestement le corps étranger immobile, à la partie latérale gauche de l'os dans lequel elle paraît enfoncée.

M. Aumont présente un Cent-suisse auquel il a fait l'extraction d'un corps étranger, développé dans l'articulation du genou. Le malade est parfaitement rétabli.

M. Arçon présente un individu portant un nez artificiel, lequel tient à un obturateur du voile du palais. Ce moyen de prothèse, inventé pour remédier à une destruction simultanée du nez et du voile du palais, à la suite d'une affection syphilitique, paraît à tous les membres de la section un moyen ingénieux pour le cas présent. Le malade peut, à la faveur de cet obturateur, manger, boire avec facilité, et articuler distinctement.

M. Fournier dépose sur le bureau une lettre dont M. le président donne lecture et dans laquelle il réclame l'antériorité pour les instrumens proposés pour briser les calculs urinaires dans la vessie, et pour les extraire sans incision.

M. Devergie lit une observation sur un cas d'empyème. A cette occasion, M. Béclard parle d'expériences qu'il a tentées sur les animaux vivans, et desquelles il résulte que la poitrine étant ouverte d'un seul côté sur des chiens, la respiration continue à s'exercer, et la guérison a lieu en quelques semaines.

M. Dupuytren apporte à l'Académie le lipome volumineux qu'il a enlevé sur la femme présentée par lui à la dernière séance.

Le même académicien montre 1.° sa pince pour la guérison des anus artificiels. Il en a fait récemment usage avec succès. 2.° Un malade portant sur le sommet de la tête une tumeur volumineuse accompagnée de pulsations, et paraissant être un fongus de la dure-mère.

M. Jules Cloquet présente un œil carcinomateux provenant d'un individu affecté de diathèse cancéreuse. La maladie paraît s'être d'abord développée dans la partie postérieure des membranes de l'œil. En arrière, la sclérotique, la choroïde et la rétine participent à la dégénérescence. Ces membranes, au contraire, sont saines à la partie antérieure du globe de l'œil. Le crystallin est cataracté. Le nerf optique est atrophié, grisâtre, et flotte librement dans sa gaîne fibreuse extérieure qui a conservé ses dimensions. Ce nerf, au niveau de sa commissure, envoyait à travers cette dernière partie des stries brunâtres qui allaient se rendre dans le nerf du côté opposé. Ce fait, que M. J. Cloquet a déja rencontré plusieurs fois dans des cas d'atrophie de l'œil, lui paraît une preuve évidente de l'entrecroisement des nerfs optiques au niveau de leur commissure. Le foie du même malade est le siége d'énormes tumeurs cancéreuses qui se sont développées avec une rapidité remarquable, dont l'intérieur semble arborisé par des lignes noires.

M. West offre un utérus partagé en deux parties par une cloison médiane. La femme qui a fourni cette pièce pathologique, était enceinte d'un enfant du sexe mâle, développé dans la moitié gauche de la matrice.

M. Larrey présente un militaire qui porte sous l'aisselle droite et sur le côté correspondant de la poitrine, une tumeur volumineuse qui paraît offrir les caractères carcinomateux. Tous les membres de l'Académie sont d'avis que l'étendue du vice local, et les signes de diathèse cancéreuse, contr'indiquent toute opération.

— M. Arago, président annuel de l'Académie des sciences, a, dans la séance du lundi 19 de ce mois, censuré avec sévérité la conduite d'un membre qui a plusieurs fois compromis la dignité de l'assemblée, par ses injurieuses déclamations contre des physiologistes distingués. M. Cauchy est sans doute étonné de se trouver au milieu de cette réunion de talens éminens dont s'honorent la France et l'Europe, lui qui n'a pas été appelé par le choix de ses collègues à occuper le fauteuil académique.

— M. Coster nous ayant écrit pour insérer une réclamation qui a été refusée au Journal Universel des sciences médicales, nous croyons devoir reproduire ici les principaux passages de la lettre de M. Coster : « M. Desruelles reproche à M. Lisfranc, d'avoir donné comme nouvelle sa méthode concernant la taille chez la femme. Or, voici la phrase de Celse : *Mulieri vero inter urinæ iter et os pubis incidendum est sic, ut utroque loco plaga transversa sit.* Ce texte n'énonce rien qui ressemble à la méthode de M. Lisfranc, nonobstant Deschamps, et une certaine thèse soutenue à Strasbourg. Suivant M. Lisfranc, il faut déprimer l'urètre avec le cathéter, afin d'agrandir l'espace triangulaire dans lequel il pratique une incision sémilunaire, d'une branche du pubis à l'autre. Celse ne parle pas de cette dépression, sans laquelle néanmoins l'opération est inutile et même impossible, puisque l'incision ne pourrait pas avoir une étendue suffisante ; donc Celse n'indique pas une opération semblable à celle de M. Lisfranc, à moins qu'on ne veuille lui faire dire une absurdité. Celse veut qu'on incise transversalement entre l'os du pubis et la voie de l'urine. Qui a dit à M. Desruelles que ces mots signifiaient au-dessus de l'urètre ? A droite ou à gauche de l'urètre, jusqu'à la branche du pubis, ne se trouve-t-il pas l'*inter urinæ iter et os pubis ?* Le texte ne dit pas *inter simphisim pubis* ; or, en matière de critique, il est de règle de prendre les mots à la lettre, lorsque d'ailleurs ils n'impliquent pas contradiction. Il est des chirurgiens qui pensent que Celse comprenait même l'urètre dans son incision transversale, ce qui paraît assez naturel, et le mot *inter* ne s'oppose point à cette explication, car quand on dit qu'on a creusé un canal entre la mer et un fleuve, on sait bien que le canal s'ouvre dans l'un et l'autre. Enfin, il est des interprètes qui pensent que Celse se servait d'un lithotome double, qu'il introduisait fermé dans l'urètre, et qu'il retirait en incisant *sic, ut utroque loco plaga transversa sit.* Je dois aussi faire observer à

M. Desruelles, qu'il a eu tort de me reprocher de n'avoir pas fait mention de la ligature des artères après l'amputation : il est vrai que je n'en parle pas à l'article *ligatures des artères*; mais je le prie de lire les pages 47 et 48, et il verra, article *amputation*, qu'il était inutile de suppléer à cette prétendue omission, s'il avait pris la peine de couper le feuillet. Je n'ai rien à dire sur le jugement que M. Desruelles porte sur le reste de mon livre; il est libre de le regarder comme bon ou mauvais : en général, sauf quelques erreurs, il critique avec ce ton de décence et de bonne foi, sans quoi les Journaux scientifiques dégénèrent en misérables compérages qui sont plus nuisibles aux progrès de l'art qu'ils ne lui sont utiles. »

— M. Parent Duchâtelet est nommé membre-adjoint de l'Académie.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire de Chimie, contenant les principes de cette science dans son état actuel, et ses applications à la médecine, à l'agriculture, aux manufactures, etc; par ANDREW URE ; *traduit de l'anglais par* J. RIFFAULT.

Les recueils périodiques exercent la plus grande influence sur les progrès des sciences, non-seulement en propageant les découvertes aussitôt qu'elles ont lieu, mais en servant, pour ainsi dire, d'archives aux diverses productions de l'esprit humain. Ils ont encore une utilité bien reconnue : c'est de tenir le public en garde contre les mauvais livres, en signalant les erreurs dont ils sont infectés, et en recommandant ceux qui peuvent contribuer à reculer les bornes de nos connaissances. Si les compilateurs semblent les redouter, les bons auteurs au contraire réclament leur secours, parce que la saine critique, au lieu d'attaquer l'homme de talent et de louer la médiocrité, met chacun à sa place, et éclaire, par ses éloges et ses censures, ceux qui entrent dans la carrière des sciences. Vainement quelques coteries ou des intérêts particuliers vantent-ils un mauvais livre, ce frêle enfant rentre bientôt dans le plus profond oubli. Ces réflexions sont bien loin d'être applicables au Dictionnaire de chimie du docteur Ure. Dans le compte que nous avons rendu des trois premiers volumes, nous avons signalé, avec la plus grande impartialité, les excellens articles qu'ils renferment et quelques omissions de l'auteur. L'habile traducteur, M. Riffault, loin de s'effaroucher de notre critique, l'a fait tourner au profit de son ouvrage, et, avec une modestie et une bonne foi peu communes, il s'est fait un plaisir d'en convenir, en plaçant à la fin du quatrième volume son article *Additions*. C'est de ce dernier volume que nous allons maintenant nous occuper. L'intérêt qu'offraient les trois précédens nous a engagé à examiner celui-ci avec la plus grande attention : nous aimons à convenir qu'il est digne des autres. Outre un grand nom-

bre d'articles *ex professo* qu'on y remarque, il en est même plusieurs qui sont écrits avec plus de détails que dans nos meilleurs ouvrages de chimie. Parmi ceux qui y sont traités avec plus de développement, on distingue ceux : *morphine*, *os*, *pain*, *phosphore*, *platine*, *plomb*, *poisons*, *prussine* (1), *respiration*, *sels*, *soufre*, *sucre*, *tannage*, *thermomètre*, etc. Outre un grand nombre de substances minérales dont l'auteur a enrichi son ouvrage, il a cru devoir y consigner également les principaux météores ; ainsi les nuages, la pluie, la rosée, etc., y ont trouvé place. Quant aux découvertes importantes qui ont eu lieu pendant et depuis la publication de son ouvrage, l'habile traducteur, M. Riffault, s'est empressé de les y joindre, afin de le tenir plus au niveau de cette science, que ceux même qui ont été plus récemment publiés. On doit lui savoir gré, par exemple, d'avoir rendu beaucoup plus intéressant l'article *respiration*, en donnant un extrait du beau travail de M. Dulong, qui paraît destiné à jeter un nouveau jour sur cette importante fonction. Un autre mérite du dictionnaire du docteur Ure, c'est de contenir plusieurs substances nouvelles qui n'ont point encore été décrites dans aucun ouvrage de chimie. Nous nous bornerons à citer la pollénine. Cette substance a été découverte par le docteur John. C'est le principe qui, dans le pollen, tient le milieu entre le gluten et l'albumine. Elle est jaune, sans saveur ni odeur, insoluble dans l'eau, l'alcohol, l'éther, la graisse et les huiles volatiles. Elle brûle avec flamme. Par son exposition à l'air, elle prend promptement l'odeur et le goût du fromage, et passe bientôt à l'état putride, en dégageant de l'ammoniaque.

Il était bien reconnu que la garance donnait une teinte rose aux os, mais cette propriété a été mieux étudiée par le docteur Ure. Ce chimiste a trouvé que ceux des jeunes pigeons qui en prenaient avec leur nourriture, se coloraient en rose en vingt-quatre heures, et en écarlate foncée en trois jours, tandis qu'il en faut quinze pour que les os des adultes se colorent en rose. Les os les plus éloignés du cœur sont le plus long-temps à prendre cette teinte. M. Gibson a démontré que l'extrait du bois de campêche, pris en grande quantité, donnait également aux os des pigeons une teinte pourpre. Si l'on cesse de leur en donner, la matière colorante est reprise dans la circulation et entraînée, et les os recouvrent en peu de temps leur couleur naturelle.

(1) Le docteur Ure a donné le nom de *prussine* au cyanogène de M. Gay-Lussac : ce dernier terme signifie production du bleu ; mais comme le bleu ne résulte jamais de l'action de cette substance sur aucun corps simple, et que la même raison qui a porté à le nommer cyanogène, pourrait également induire à l'appeler *leucogène*, *érythrogène* ou *chlorogène*, car s'il produit du bleu avec le fer, il produit du blanc, du rouge ou du vert avec d'autres métaux, le docteur Ure, malgré toute la déférence que l'on doit à un nom donné par un chimiste aussi distingué que M. Gay-Lussac, a cru devoir adopter celui de prussine, comme se liant à l'histoire de cette substance.

Un art qui se rattache d'une manière plus intime qu'on ne croit à l'hygiène, c'est la préparation des alimens; aussi l'article *pain*, du docteur Ure, est-il traité d'une manière supérieure. A Londres, où sa bonté s'estime entièrement d'après sa blancheur et sa légèreté, ceux des boulangers qui emploient une farine d'une qualité inférieure, ajoutent à la pâte la même quantité d'alun que de sel marin, c'est-à-dire qu'au lieu d'employer deux parties du dernier sel, ils en employent une de chacun. Ce pain est plus blanc et plus ferme. Les proportions de la substance sont : alun et sel marin un kilogramme de chaque; fleur de farine, 127 kilogrammes. Ces qualités donnent pour terme moyen 80 pains de quatre livres; ce qui fait 12 gram. 4 d'alun par pain, ou bien 3 gram. 1 par livre. Certains boulangers employent des quantités moindres qu'ont été indiquées par *Accum*, *Marckhaan*, *Brande*, etc. Le docteur Ure s'élève contre cette fraude également censurée par la société de médecine de Londres. En effet, l'introduction journalière de ce sel dans l'estomac de l'homme, quelque petite qu'elle soit, doit être préjudiciable à l'exercice des fonctions de cet organe, surtout chez les personnes d'une constitution bilieuse et constipées par tempérament. De plus, comme la meilleure qualité de farine n'a jamais besoin d'alun, la présence de ce sel indique une nourriture de qualité inférieure et éminemment acidule, qui ne peut manquer d'aggraver la dyspepsie, et dont les suites peuvent donner naissance à une diathèse calculeuse dans les organes. Cette fraude est heureusement facile à reconnaître. Le docteur Ure conseille de prendre de ce pain bien rassis, de l'émietter, et de le laisser infuser dans l'eau distillée. En pressant légèrement la masse pâteuse et filtrant, on obtient une liqueur qui, traitée par l'hydrochlorate de baryte, donne un précipité blanc, lequel, par sa quantité, indique celle de l'alun : cet effet n'a pas lieu si le pain ne contient pas de ce sel. Nous avons cru devoir insister sur cet article, afin d'éveiller l'attention des médecins sur cet abus pernicieux.

L'article *poisons* est également bien traité. Le docteur Ure a suivi la division qui a été établie par notre savant toxicologiste, le professeur Orfila; il est terminé par l'examen de quelques antidotes peu connus. Ainsi, d'après M. Drapiez, le fruit du *fevillea cordifolia* est un antidote très-puissant contre les poisons végétaux. Ce chimiste l'expérimenta sur des chiens empoisonnés par la *ciguë*, la *noix-vomique* et le *rhus toxicodendrum*. Ceux qui furent traités par ce fruit recouvrèrent la santé après une courte incommodité, et les autres succombèrent. Suivant le docteur Chisholm, le suc de la canne à sucre est le meilleur antidote contre l'arsenic, et le docteur Lyman Spalding, de New-York, dit avoir reconnu, il y a plus de soixante ans, que la *scutellaria laterifolia*, espèce de toque ou centaurée bleue, est un moyen infaillible pour prévenir ou guérir l'hydrophobie par suite de morsure des animaux enragés. Le docteur Ure fait observer qu'il vaut mieux l'appliquer en poudre sèche que fraîche. L'on sait que dans les empoisonnemens par l'acétate de plomb, le docteur Navier avait conseillé le sulfure de potasse; le docteur Ure, regardant cette substance comme étant elle-même un véritable poison,

donne, avec juste raison, la préférence aux solutions des sulfates de magnésie ou de soude, qui convertissent ce sel en sulfate insoluble et par conséquent sans action.

Avec la même impartialité que nous avons rendu compte de la bonté des articles précités, nous dirons que celui qui est consacré à l'urine est un peu négligé ainsi que celui sur la fermentation vineuse. L'auteur a passé sous silence les travaux entrepris sur ce sujet par les chimistes français; il en est de même de quelques produits immédiats nouvellement découverts. Ces omissions n'ôtent rien au mérite de cet important ouvrage : en le parcourant attentivement, l'on demeure convaincu des vastes connaissances de l'auteur en minéralogie, en physique et en chimie. S'il est pénible d'avoir à rendre compte d'un mauvais ouvrage, il est aussi bien doux d'avoir à en louer un de bon; et relativement au Dictionnaire du docteur Ure, nous ne craignons point de le signaler comme le plus complet, le plus au courant des découvertes modernes; enfin comme le meilleur et le plus utile de tous ceux qui ont paru jusqu'à ce jour dans les diverses langues. J'ajouterai à cet éloge bien mérité, que M. Riffault a rendu un véritable service à la chimie française en l'enrichissant de cette traduction. JULIA-FONTENELLE.

Système dentaire des mammifères et des oiseaux, sous le point de vue de la composition et de la détermination de chaque sorte de ses parties, embrassant, sous de nouveaux rapports, les principaux faits de l'organisation dentaire chez l'homme; par E. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE. (I.re partie.)

Il ne serait pas étonnant que parmi les nombreux écrits qui ont été publiés sur l'anatomie comparée, quelqu'auteur ait eu la pensée d'assimiler, sous le rapport de sa position et de ses fonctions, le bec des oiseaux au système dentaire de la plupart des mammifères. Mais lors même que cette idée eût été énoncée formellement, M. Geoffroy n'en aurait pas moins, à nos yeux, le mérite de la découverte, puisqu'il est le premier anatomiste qui, d'après des dissections exactes et multipliées, a déterminé d'une manière positive le mode de formation et de composition du bec des oiseaux, et démontré son analogie avec les productions dentaires qui surmontent le bord libre des os maxillaires chez les autres animaux. C'est une vérité qu'on ne saurait trop répéter dans l'intérêt des progrès des sciences naturelles, et par reconnaissance pour le zèle et les travaux de ceux qui leur consacrent leur temps et leurs peines. Ce n'est pas que nous ne respections les heureuses inspirations des génies qui quelquefois devancent les faits, mais nous n'en sommes pas moins convaincus que dans les sciences d'observation, où chaque idée précise n'est, si nous pouvons nous exprimer ainsi, que le représentant d'un fait exact, l'imagination marchant seule et sans guide peut bien produire des aperçus nouveaux, des présomptions, des probabilités, s'élever même à des théories plus ou moins ingénieuses, mais n'imprime jamais à ses productions les caractères d'une démonstration rigoureuse.

C'est sur les mâchoires de deux fœtus de perroquet, de l'espèce dite la perruche à collier, qu'ont été faites les premières recherches de M. Geoffroy. Il trouva tout le pourtour de ces mâchoires garni de corps blancs, ronds, et plus larges à leur extrémité, au nombre de dix-sept à la mâchoire supérieure et de treize à l'inférieure. Ces corps ayant été enlevés avec l'enveloppe qui revêt les deux demi-becs, il découvrit au-dessous une autre série de bulbes plus séparés et plus apparens, semblables aux follicules dentaires d'un fœtus humain de deux à trois mois, et retenus chacun par un cordon formé de ses vaisseaux et de ses nerfs. Ces premiers résultats obtenus, M. Geoffroy examina d'un autre côté le bec de perroquets adultes, et il vit que sa surface intérieure était colorée par des traits représentant des filets sous forme de fer de lance, droits, parallèles, et disposés comme des dents. Il s'assura, de plus, qu'à l'exception de ceux de la mâchoire inférieure, le nombre de ces traits était égal à celui des corps blancs qu'il avait trouvés sur les mâchoires de ces animaux à l'état de fœtus.

Une découverte aussi précieuse ne pouvait manquer de fixer l'attention d'un observateur habitué depuis long-temps à saisir dans les phénomènes et les actes variés de l'organisation, les rapports naturels qui les lient. Aussi, après avoir continué et vérifié ces recherches sur un grand nombre d'oiseaux, et s'être assuré que la même disposition existait relativement au développement et à la composition de leur bec, M. Geoffroy est-il parvenu à prouver que, *considérée sous ce même point de leur organisation, toute la différence des oiseaux comparés aux mammifères, porte uniquement sur un mode différent d'association des élémens dentaires;* rapprochement ingénieux et vraiment philosophique dont ce savant anatomiste a fait ressortir l'évidence par des considérations pleines d'intérêt dans lesquelles il est entré sur la nature et la composition essentielle des dents chez tous les êtres qui en sont pourvus.

Pour éclairer davantage ce point important d'anatomie comparée, M. Geoffroy a expliqué la manière dont se produisent les dents à plusieurs racines, et plus spécialement celles qu'on a nommées composées; mais c'est sur-tout en étudiant l'organisation dentaire chez l'éléphant, qu'il a montré cette réunion de plusieurs dents dans la formation de ses molaires, réunion qu'il a également signalée chez l'homme et chez plusieurs animaux dans certains états pathologiques de leur appareil dentaire.

Tous ces faits ont conduit l'auteur à regarder le bec des oiseaux comme le résultat d'un grand nombre de dents fondues et réunies en une seule masse, ne différant de la substance dentaire de la plupart des autres vertébrés, que par la nature cornée de la matière qui le constitue. Toutefois on aurait tort de s'étonner de cette déduction, qui ne nous paraît que la conséquence nécessaire d'observations judicieuses, lorsqu'on voit chez ces mêmes êtres les plumes remplacer les productions pileuses qui revêtent la surface de la peau d'un grand nombre d'animaux. Pourquoi n'associerait-on pas ensemble ces deux effets, et ne les placerait-on pas, avec M. Geoffroy, sous l'influence de la même cause vitale, en les attribuant

l'un et l'autre à l'énergie plus grande de la respiration et de la circulation chez les oiseaux? Quant à nous, nous ne pouvons laisser échapper ce dernier rapport, sans indiquer qu'il nous présente un nouveau trait d'analogie entre les dents et les productions de la peau.

Telle est l'analyse succincte de la première partie de l'ouvrage de M. Geoffroy, qui ne se fait pas moins remarquer par la précision dans l'exposé des faits qu'elle renferme, que par les rapprochemens et les aperçus nouveaux que l'auteur a su en tirer. Ce travail seul ferait beaucoup d'honneur à M. Geoffroy, s'il n'était lui-même qu'un des beaux résultats et un des plus solides appuis de la nouvelle théorie que l'on doit au génie observateur de ce célèbre anatomiste. Nous ne saurions donc trop le recommander à tous ceux qui se livrent à l'étude des sciences naturelles; ils y puiseront des lumières précieuses, en même temps qu'ils se convaincront qu'on peut obtenir parmi les savans une des premières places, sans cesser de reconnaître et d'honorer le mérite de ses anciens et de ses contemporains. ODET, D.-M.-P.

Histoire médicale de la fièvre jaune observée en Espagne en 1821; *par MM.* BALLY, FRANÇOIS *et* PARISET. *Un vol. in-8.º de* 664 *pages. De l'imprimerie royale.*

DE tous les fléaux qui affligent l'humanité, la fièvre jaune est sans contredit le plus terrible, puisqu'il moissonne en très-peu de temps des populations entières, et que nous n'avons que de faibles notions sur son mode de traitement. Sa véritable origine est inconnue; plusieurs auteurs pensent qu'elle peut avoir pris naissance sur quelques points de l'Asie ou de l'Afrique, tandis que la plus grande partie s'accordent à la regarder comme provenant des diverses contrées du nouveau continent. On regarde comme certain que son importation en Europe n'eut lieu qu'environ deux cents ans après qu'elle se fut montrée en Amérique. La première irruption est celle qui eut lieu en 1494 à Isabelle (Saint-Domingue), et son apparition à Cadix date de 1701. Depuis cette époque, elle s'y est montrée en 1730, 31, 33, 36, 44, 46, 64, 1800, 1, 3, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 20 et 21. A l'exception de l'Andalousie, les autres provinces de l'Espagne en avaient été préservées, lorsqu'en 1803 on crut l'avoir reconnue dans le port de Barcelone. Six médecins de cette ville publièrent à ce sujet une dissertation que j'ai traduite en 1820, en déclarant que cette fièvre jaune était contagieuse et exotique (1). Les Catalans, témoins des malheurs de l'Andalousie, vivaient dans une sécurité parfaite, lorsqu'en 1821 la fièvre jaune parut pour la seconde fois dans le port de Barcelone. A cette nouvelle, le gouvernement espagnol, justement alarmé de voir ce terrible ennemi sur divers points de la Péninsule, et

(1) Ces médecins étaient MM. Piguillem frères, Riera, Lopez, Cano et Revert.

d'après les mémoires qui lui furent présentés par MM. les docteurs Deveze et don Alonzo de Maria, s'empressa d'écrire une circulaire à MM. les chefs politiques des provinces épidémiées, pour leur enjoindre de s'entourer des académies et des écoles de médecine, afin de charger les médecins les plus éclairés de veiller à la santé publique et de recueillir tous les faits et toutes les observations, en ayant soin de désigner, s'il était possible, un nombre égal de contagionistes et d'anticontagionistes. Aussitôt l'académie royale de médecine, l'école de médecine, le collége de chirurgie, la junte supérieure et la junte municipale de santé, la subdélégation de médecine et le corps de chirurgie militaire se rendirent à cette invitation et désignèrent en outre une commission spéciale composée d'un membre de chacune de ces corporations. De ces diverses réunions il devait en résulter le plus grand bien, et cependant le contraire eut lieu. La division se mit parmi ces Messieurs; et tandis qu'un grand nombre soutenaient que la maladie, qui se montrait dans le port et à Barcelonette, était la fièvre jaune, d'autres le niaient obstinément. La plupart des membres de la subdélégation de médecine, à la tête desquels nous placerons MM. Piguillem et Riera, propagèrent tellement cette dernière opinion, que, lorsqu'on voulut établir l'incommunication, la populace se révolta contre la force armée, rompit les barrières qui avaient été placées autour de la maison de Pratz, pénétra dans les chambres, et un grand nombre embrassa les malades et se frotta la figure et la poitrine avec les linges sales de leurs lits. Cette même populace proscrivit bientôt après le docteur Bahi, un des premiers qui avaient signalé la fièvre jaune et qui fut forcé de s'expatrier pour sauver sa vie; ce ne fut même qu'avec la plus grande peine que la force armée put garantir sa maison d'être incendiée. De basses intrigues, semées par les ennemis de l'ordre public, faisaient circuler le bruit que le gouvernement français, dans le but politique de porter des troupes sur la frontière, soldait les médecins pour empoisonner les malades. Plusieurs dénonciations eurent lieu, et l'honorable Campmany, accusé de les empoisonner avec l'acide sulfurique, ne répondit à une calomnie aussi atroce qu'en s'enfermant dans le Lazareth avec les épidémiés tout le temps que la fièvre jaune dura. La profession de médecin n'a jamais paru plus noble que dans cette circonstance périlleuse, puisque, uniquement guidés par leur philantropie, ils avaient à braver et cette terrible maladie et le fer des assassins qui, dès le principe de l'épidémie, les attendaient autour des maisons des malades et leur réservaient la mort pour prix de leur héroïque dévouement. Une grande question divise encore les médecins. La fièvre jaune est-elle indigène dans la Péninsule et non contagieuse, ou bien exotique et contagieuse? Nous n'entreprendrons point la solution de ce problème; nous nous bornerons à jouer ici le rôle d'historien, et nous dirons que plusieurs médecins distingués de Barcelone, jadis grands contagionistes, et en 1821, par esprit de parti, ardens anti-contagionistes, se montrèrent si acharnés contre leurs adversaires, qu'ils ont été accusés de n'être point étrangers aux soulèvemens de la populace et aux destitutions de quelques

médecins d'une opinion contraire (1). Lorsque la fièvre jaune fut bien reconnue, l'agitation populaire fit place à la terreur, et la moitié des habitans de Barcelone sortit de la ville. Les choses en étaient à ce point, lorsque le 9 octobre 1821, la commission médicale française arriva, c'est-à-dire environ deux mois après que l'épidémie se fût manifestée. Ce que nous avons vu à Barcelone pendant plus d'un an que nous y avons passé, nous porte à déclarer qu'on ne saurait montrer plus de dévouement et de désintéressement que ces dignes médecins n'en montrèrent; c'est une justice que n'ont pu leur refuser même ceux qui ont réfuté leur opinion. De leur côté, les corporations médicales espagnoles rivalisèrent de zèle, et presque tous les membres firent preuve du même héroïsme. Lorsque la commission française crut être suffisamment éclairée sur la nature et les propriétés de cette maladie, elle s'empressa (le 1[er] novembre, c'est-à-dire vingt-deux jours après son arrivée) de donner au chef politique son opinion officielle qui fut vivement attaquée et réfutée par leurs adversaires. L'ouvrage que viennent de publier MM. Bally, François et Pariset, et qui fait le sujet de cette analyse, n'est que le développement de cette même opinion étayée sur les faits et les observations qu'ils ont recueillis. Ils ont pris, dans le mémoire publié par l'académie royale de médecine, la relation du conseil municipal (ayuntamiento), le travail de la junte supérieure de santé, et la relation médico-politique du docteur Bahi, presque tout l'historique de cette épidémie et un grand nombre de faits, sans indiquer le plus souvent les sources où ils ont puisé. Ils ont en même temps passé sous silence les réfutations de leurs adversaires, et n'ont pris dans les travaux précités que les faits qui s'accordaient avec leur opinion. Nous devons donc faire connaître qu'il règne une grande dissidence parmi les médecins de Barcelone; le plus grand nombre des membres de la subdélégation de médecine reconnut la fièvre jaune pour indigène et non contagieuse; les membres de la junte supérieure de santé, composée des docteurs Carbo, Ameller, Vieta, Bahi, Merli et Lopez, déclarèrent tous qu'elle était exotique et contagieuse, à l'exception du dernier, qui, dans un mémoire adressé aux cortès, soutint qu'elle avait été engendrée par des causes locales et n'avait point été contagieuse. Cette différence d'opinion eut également lieu dans le sein de la commission spéciale prise dans toutes les corporations médicales et parmi les membres de l'académie royale de médecine. Sur quatorze membres qui la composaient alors, elle fut regardée comme *exotique*, par MM. Colom, Bahi, Grasset, Nadal, Casacuberta, Merli, Mas, Steva. — Total, 8.

Comme *indigène*, par MM. Mir, Campmany, Oller, Porta, Salva. — Total, 5 (2).

(1) Les docteurs Mas et Nadal, médecins du port, furent destitués aussitôt, et remplacés par deux anticontagionistes.

(2) Salva déclara qu'elle avait pu être exotique et indigène, qu'elle n'avait point été essentiellement contagieuse; que si elle l'avait été, c'était accidentellement.

Comme *contagieuse*, par MM. Colom, Bahi, Grasset, Nadal, Casacuberta, Merli, Mas, Steva. — Total, 8.

Comme *non-contagieuse*, par MM Mis, Campmany, Duran (1), Oller, Porta, Salva. — Total, 6.

Lorsque l'Académie royale de médecine fit connaître son travail, trois de ses membres de l'opposition publièrent à leur tour leur opinion. M. Duran donna à son travail le titre de *Réflexions philosophiques sur la non-contagion de la fièvre jaune qui a régné à Barcelone en* 1821; M. Oller celui de *Désabusement de la contagion de Barcelone*; et M. Porta intitula le sien : *Réfutation de l'opinion officielle que MM. les médecins de la commission française présentèrent au chef politique de Catalogne.* Huit jours après cette publication, treize médecins espagnols, anglais et français, qui se trouvaient à Barcelone lors de l'épidémie, et parmi lesquels on voit figurer M. le docteur Rochoux, adressèrent au gouvernement espagnol un manifeste sur l'origine et la propagation de la maladie qui a régné en 1821 en Catalogne, et qu'ils regardèrent comme indigène, épidémique et non contagieuse. Ce travail a été traduit et publié par M. Rochoux, avec des notes contre le travail de ses confrères MM. les membres de la commission française. Nous avons rendu compte dans le temps de l'ouvrage du docteur Audouart, nous allons maintenant jeter un coup-d'œil sur celui de MM. Bally, François et Pariset. Leur travail est divisé en douze parties. La première a pour but la marche et l'histoire de l'épidémie ; elle est tirée du rapport du conseil municipal et du mémoire du docteur Bahi. Dans cette même partie, ils examinent si le principe ou germe de la fièvre jaune réside dans les malades, dans l'air qui les environne, dans leurs effets usuels et dans certaines marchandises. La deuxième traite de la topographie de Barcelone, qu'ils regardent, avec juste raison, comme très-incomplète. Nous nous bornerons à deux observations. Le port ne sépare point Barcelone de Barcelonette, comme ils le disent à la page 151. Cette dernière ville tient à la première par un banc de sable, et se trouve située à la gauche du port, ainsi qu'on peut le voir sur la carte qu'ils ont placée à la fin de leur ouvrage. Ces Messieurs annoncent aussi que les eaux de puits contiennent du *sulfate de calcium* et du *chlorure de sodium*. Je ne crains pas d'être démenti par aucun chimiste, en soutenant qu'aucun métal ne peut s'unir aux acides sans être préalablement oxydé, et que sous ce point de vue il n'existe point de *sulfate de calcium*, mais bien du sulfate d'oxyde, ou tout bonnement du sulfate de chaux. Quant au *chlorure de sodium*, c'est la première fois que nous le voyons annoncé dans une eau ; nous pensons qu'ils ont voulu dire de l'hydrochlorate de soude qui, suivant plusieurs chimistes, passe à l'état de chlorure lorsqu'il est fortement calciné, et reprend celui d'hydrochlorate en se dissolvant dans l'eau. Nous avons cru devoir relever ces deux erreurs qui, émises par trois médecins distingués, auraient pu

(1) Duran déclara qu'il ignorait si elle était indigène ou exotique, mais qu'elle n'était pas contagieuse.

être facilement adoptées par d'autres moins habiles. On trouve dans cette même partie un parallèle entre le port de Marseille et celui de Barcelone, qui, sous le rapport de la salubrité, est en faveur de ce dernier, ainsi qu'une notice sur Tortose, qui est très-exacte. La troisième renferme un grand nombre d'observations médicales; c'est la partie essentielle, et avec la quatrième, qui a pour but les nécropsies, ce sont les meilleures de l'ouvrage. Dans la cinquième, ils exposent les variétés de la fièvre jaune et les signes qui la font reconnaître. Dans la sixième, ils traitent du pronostic fourni par les signes, tiré des causes et déduit de la connaissance du régime et du traitement, ainsi que des signes favorables. La septième a pour but les causes qui ont produit la fièvre jaune et celles qui peuvent la propager. A l'appui de leur opinion sur l'exotisme de cette maladie, ils font observer qu'en 1822, malgré que le printemps et l'été eussent été plus chauds qu'en 1821, et qu'on se fût occupé pendant la chaleur à nettoyer le port et les égoûts qui traversent les principales rues de Barcelone, la maladie ne reparut point. J'étais encore à Barcelone lorsqu'on fit cette opération, et je puis affirmer que les matières extraites du port et des égoûts répandaient une odeur insupportable. Cependant ces Messieurs se trompent étrangement lorsqu'ils soutiennent qu'on ne sent aucune mauvaise odeur près du port. Personne n'ignore que sur la muraille de mer, près du bastion Saint-Raymond, où se jette le ruisseau condal, celle qu'on y éprouve est insupportable, surtout en été. La huitième est consacrée à établir un parallèle entre la fièvre jaune de la Catalogne, celle des autres parties de l'Espagne et celle de l'Amérique. La neuvième comprend un extrait de l'ouvrage du docteur Almodavar sur les épidémies et la fièvre jaune de la Péninsule. La dixième, le traitement de cette maladie suivant ses variétés. Ils examinent dans cet article les médications par l'émétique, les purgatifs, les sudorifiques, les dérivatifs, le moxa, le quinquina et le sulfate de quinine, tout en convenant, dans le commencement de l'ouvrage, qu'ils n'avaient aucune notion sûre sur la thérapeutique de la fièvre jaune. La onzième a pour titre : Police médicale; elle comprend les moyens hygiéniques. Enfin la douzième renferme de nouvelles preuves à l'appui de leur opinion, et des essais d'analyse chimique du vomissement noir, qui ne prouvent autre chose que le manque de connaissances chimiques de l'auteur. Il suffit, pour le prouver, de dire qu'il annonce, 1.° que le liquide filtré ne fait éprouver aucun changement au sirop de violette, et rougit faiblement la teinture de tournesol, ce qui est contraire à tous les faits connus; 2.° qu'avec l'acide hydrochlorique il exhale une odeur bien perceptible d'œuf pourri, et qu'il forme, avec le sous-acétate de plomb, un précipité blanc; d'où il conclut que le vomissement noir contient de l'acide hydrosulfurique uni à une base alcaline animale. J'avoue que je ne comprends pas ce que l'auteur veut dire par base alcaline animale; mais ce que je conçois très-bien, c'est que si le mélanhème contenait de l'acide hydrosulfurique ou un hydrosulfate, il devait nécessairement précipiter le sous-acétate de plomb en brun noirâtre. Ces Messieurs ont donné à leur tour un essai d'ana-

lyse très-informe du liquide contenu dans l'estomac, que M. Bally présenta, avec les travaux précédens, à M. Laugier, pour qu'il les jugeât avec impartialité. Ce chimiste, ainsi qu'ils en conviennent, en fut très-peu satisfait; et cependant, loin de souscrire à ce jugement, ils n'en ont pas moins persisté à en déparer leur ouvrage. Ils ont fini par regarder la matière noirâtre du vomissement comme du sang décomposé: c'est ce qu'avait déjà reconnu le professeur Balcells. Quant à l'huile qu'ils croient avoir observée en décomposant le mélanhème, nous n'en sommes pas surpris; Stewart Traill (1) en avait constaté la présence dans le sang de quatre individus affectés, deux d'une maladie inflammatoire et deux d'une hépatite aiguë bien caractérisée. L'analyse du sang de l'un lui donna 0,45 d'huile; lorsqu'il fut entièrement rétabli, il le trouva analogue à celui des personnes saines. Je trouve également une erreur dans le nombre des morts qu'ils portent, pour Barcelone, à dix-huit ou vingt mille. D'après le relevé qui en a été fait aux portes de la ville, aux hospices, etc., en grande partie par le président de la junte provisoire, don Julia, lequel se trouve consigné dans le travail du conseil municipal (1), le total des morts, depuis l'invasion de l'épidémie jusqu'à ce qu'on eût chanté le *Te Deum*, ne se porte qu'à 8,846, y compris ceux qui avaient péri de toute autre maladie. Le conseil municipal ajoute, à la page 133, que ces données sont les plus sûres, et qu'ils croient pouvoir répondre de leur exactitude. J'ai consulté plusieurs de mes confrères à l'Académie royale de Médecine de Barcelone, qui m'ont tous assuré que si le travail précité était au-dessous de la vérité, le *nec plusultra* de la mortalité pouvait s'élever pendant cette épidémie, tant pour ceux qui étaient morts de la fièvre jaune que de toute autre maladie, pour Barcelone, Barcelonette et le port, à dix ou douze mille. Quant aux nécropsies qu'ils ont opérées et aux observations qu'ils ont recueillies, l'habileté de ces médecins et l'étendue de leurs connaissances est un garant sûr de leur exactitude.

De l'ensemble des faits et des observations qu'ils ont exposés, Messieurs Bally, François et Pariset concluent: 1.° que la fièvre jaune qui a désolé Barcelone en 1821, est la même que la fièvre jaune des Antilles; 2.° qu'elle a été éminemment contagieuse et importée d'Amérique en Espagne par les vaisseaux du convoi de la Havane, le 28 avril 1821; 3.° que le germe de cette maladie réside dans les hommes malades, les effets usuels, ainsi que dans l'air qu'on respire dans les vaisseaux. Nous nous abstiendrons de toute réflexion à ce sujet; nous avons préféré faire connaître à nos lecteurs la réfutation de l'opinion de ces Messieurs, par le docteur Porta, laquelle repose sur les mêmes faits contradictoires que les réfutations des docteurs Duran, Ollez, Piguillem, etc. JULIA FONTENELLE.

(1) Traill, *Ann. of philol.*, mars 1823; et mon *Manuel de Chimie médicale*, page 602.

(2) *Sucinta relacion de las principales operaciones del exc. ayuntamento de la ciudad de Barcelona.*

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.° 20.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

Anatomie comparée du cerveau, dans les quatre classes des animaux vertébrés, appliquée à la physiologie et à la pathologie du système nerveux; par E. R. A. Serres, *médecin de l'hôpital de la Pitié, professeur agrégé, etc.* (1) (I.er Extrait.)

L'étude du système nerveux commence et finit l'histoire de l'anatomie. Après trois mille ans de recherches continues sur ce sujet, on est surpris de se retrouver sur les mêmes questions qui occupaient déjà Démocrite, Hippocrate, Platon et Aristote, et sur lesquelles Galien, Vésale, Sylvius, Varoli, Camper, Haller, Malacarne, Vicq-d'Azyr, et les frères Wenzel, ont épuisé tout ce que la nature leur avait accordé de sagacité pour l'observation. Que l'on discute encore sur les fonctions instinctives et intellectuelles; que le mécanisme mystérieux de la pensée humaine ne soit pas dévoilé, on le conçoit et on l'explique par l'obscurité et les difficultés du sujet. Mais que la partie matérielle du système nerveux ne soit

(1) Deux vol. in-8.° avec un atlas de scize planches in-4.° représentant 300 sujets, dessinées et lithographiées sous les yeux de l'auteur, et accompagnées d'une explication. Prix, 21 fr. A Paris, chez Gabon, libraire, rue de l'Ecole de Médecine. Le premier volume seul a paru, accompagné de l'atlas de planches.

ni connue ni déterminée dans le règne animal; que l'on ignore ce qu'il est chez les invertébrés; que l'on ne sache pas même de quoi il se compose chez les vertébrés, c'est une vérité bien dure à énoncer au dix-neuvième siècle.

Mais c'est une vérité que l'Académie royale des Sciences eut la sagesse de reconnaître, et qui lui dicta l'appel qu'elle fit aux anatomistes en 1818, en mettant au concours pour son grand prix, l'anatomie comparée du cerveau dans les quatre classes des animaux vertébrés. Tous les ouvrages publiés depuis quelques années sur le système nerveux, ont été composés à l'occasion de cet appel, comme le remarque M. le baron Cuvier; le prix fut décerné à celui de M. Serres que nous allons faire connaître.

L'anatomie comparée est une science de rapports; son but est d'exprimer les analogies et les différences que présentent les êtres organisés, soit que l'on considère l'ensemble de leur structure, soit que l'on ne porte son attention que sur un système organique spécial. La zoologie, considérée dans sa plus stricte acception, n'est autre que l'anatomie comparée des surfaces extérieures des animaux.

L'idée que tous les êtres organisés sont construits sur un plan uniforme, l'idée qu'ils sont soumis aux mêmes lois dans leur courte apparition sur la surface de la terre, a été bien anciennement conçue : on la trouve dans les écrits des philosophes grecs et romains. Bâcon, Newton, Leibnitz, l'exprimèrent parmi les modernes. Elle perce de toutes parts dans les écrits des zootomistes, mais il est juste de le dire, c'était plutôt une notion métaphysique que physique. Notre siècle est appelé, peut-être, à mettre cette grande vérité dans son jour, et à réaliser anatomiquement cette pensée d'une échelle des êtres, que les philosophes du siècle dernier ont mise en avant. Ce sera, sans doute, le dernier terme de l'anatomie comparative.

On s'est plus ou moins rapproché de ce but selon la méthode ou le point de vue d'après lequel ont été examinés les êtres organisés. On a d'abord considéré leurs actions, plus tard on a voulu connaître les puissances à l'aide desquelles ces actions étaient produites. Ne pouvant remonter à l'essence de la vie, on a cherché à en étudier les effets dans les diverses combinaisons organiques : c'est le but spécial de l'anatomie comparée.

Mais on a procédé à cette étude par deux méthodes très-différentes : dans l'une, l'esprit a parcouru, dans l'échelle des êtres, les diverses modifications organiques avec lesquelles pouvait s'exécuter une même fonction, et a divisé les êtres d'après cette considération et ces modifications principales. Son idée mère a été *l'unité de fonction* produite par la diversité des organes. Ainsi des trachées chez les insectes, des branchies chez les poissons, et des poumons dans les classes supérieures, font subir au sang ou au liquide qui le remplace les modifications qui constituent l'essence de la respiration. Dans cette méthode, la fonction donnait les analogies, la forme servait de base aux différences organiques; les différences variaient à l'infini comme la forme.

Dans l'autre méthode, au contraire, les organes matériels servent de pivot à l'observation, la fonction n'est que secondaire; les mêmes matériaux organiques peuvent devenir aptes à remplir diverses fonctions. Les analogies sont déduites des organes, les différences des fonctions. Dans cette dernière, que l'on peut nommer la méthode anatomique, *l'unité de composition organique* remplace l'unité de fonction de la méthode physiologique.

Unité de fonction, diversité des organes pour les produire, voilà l'esprit de la méthode physiologique.

Unité d'organisation, diversité de fonctions par les organes analogues, voilà celui de la méthode anatomique.

Ces deux méthodes tendent au même but, la connais-

sance des rapports des êtres organisés; mais de la différence de leur point de départ dérivent les différences de leurs procédés.

Aristote employa indistinctement l'une et l'autre de ces méthodes; Galien fit prévaloir, au contraire, la méthode physiologique; les zootomistes modernes ont presque toujours imité Galien. La nécessité de grouper les êtres d'après les fonctions, les a nécessairement maintenus dans cette route. La science des différences organiques a beaucoup acquis dans cette direction, la science des analogies a été et a dû être négligée.

Toutefois c'était des analogies organiques que l'anatomie comparative avait le plus pressant besoin; car, avant de pouvoir comparer les organes dont se composent les animaux, il faut nécessairement savoir quels sont ces organes, et apprendre à les reconnaître au milieu des variétés infinies de leurs formes, de leurs grandeurs et de leurs positions. M. le professeur Geoffroy-Saint-Hilaire a rendu à la science un service immense en donnant à la méthode anatomique une nouvelle création, et en descendant la fonction du rang éminent où l'avaient placée avant lui tous les zootomistes.

Je n'entrerai pas plus avant dans l'application de ces deux méthodes à l'anatomie comparée; ce court exposé suffit pour apprécier les causes de l'imperfection de l'anatomie comparée du système nerveux, objet spécial de cet article.

Si les diverses parties dont ce système se compose dans les diverses classes du règne animal avaient été déterminées, si chaque élément avait été reconnu dans chaque classe, rien n'eût été plus facile que de les mettre en rapport les uns avec les autres, d'apprécier leurs analogies et leurs différences, et de composer un tableau général de ces divers rapports. Mais cette partie de l'anatomie comparée ayant été étudiée d'après la méthode

physiologique, tout était vague, tout était indéterminé, parce qu'on avait pris pour guide la forme encéphalique, et qu'on avait toujours choisi l'homme, et seulement l'homme adulte, pour point de départ et pour terme des rapports.

Cette méthode fut sans inconvénient chez les mammifères, parce que les formes encéphaliques de l'homme sont répétées chez eux avec des modifications légères qu'il est facile de reconnaître. Elle en eut de faibles chez les oiseaux, parce que les formes du cervelet et des hémisphères cérébraux répétant encore dans cette classe celles des mammifères, on ne peut méconnaître ces organes.

Il n'en fut pas de même de la région moyenne de l'encéphale ; des formes insolites chez les mammifères, se présentant entre le cervelet et les hémisphères cérébraux des oiseaux, on n'eut plus de terme de rapport, on manqua de base pour déterminer leur analogie, on les compara tour à tour à diverses parties.

Les uns virent dans ces nouveaux lobes la couche optique des mammifères; les autres, la moitié postérieure de cette couche; un troisième les assimile aux hémisphères cérébraux. Il voit le corps calleux dans la lame rayonnée qui les joint sur leur face supérieure; il croit apercevoir dans les faibles tubercules que ces lobes renferment les rudimens de la couche optique et du corps strié; dans leurs ventricules, les analogues des grands ventricules des hémisphères cérébraux des mammifères; et, pour couronner toutes ces déterminations, il n'hésite pas à comparer au lobule olfactif les hémisphères cérébraux des oiseaux, anéantis dans cette hypothèse, ou désormais devenus inutiles à ce système de détermination.

La chaîne des ressemblances fut dès lors reconnue chez les oiseaux ainsi que chez les reptiles qui répètent en grande partie les oiseaux; et lorsqu'on en vient aux poissons, il devint impossible de la renouer.

Il devient impossible de la renouer parce que, d'une part, les poissons offrent des dissemblances plus grandes encore que les reptiles et les oiseaux; de l'autre, parce que l'encéphale variant sans cesse dans cette classe, sans cesse il fallait recourir à de nouvelles suppositions, à des combinaisons nouvelles qui abandonnaient les anatomistes à chaque espèce auxquelles ils les appliquaient: on était dans un labyrinthe dont le fil directeur se perdait à chaque instant.

Une seule détermination surnagea au milieu de toutes ces conjectures, ce fut celle des lobes optiques que l'on compara aux hémisphères cérébraux de l'homme et des mammifères. L'extrême complication de ces lobes dans cette classe semble justifier, au premier aperçu, ce singulier rapprochement. Chez certains poissons, un tubercule gris est sillonné par des stries médullaires, voilà, dit-on, les corps striés; chez d'autres, en arrière de ce tubercule tantôt on en rencontre deux autres que l'on regarda comme les couches optiques, tantôt on en trouve quatre: ce furent alors les tubercules quadrijumeaux. Un faisceau roulé se trouve en arrière d'eux dans certaines espèces; on le compara à la corne d'ammon et à la voûte à trois piliers; enfin la lame supérieure qui réunit ces lobes fut regardée comme la répétition du corps calleux de la classe supérieure. Voilà donc, chez les poissons, des hémisphères cérébraux beaucoup plus compliqués que chez les reptiles et que chez les oiseaux. Ces êtres qui, par le reste de leur organisation, occupent les derniers degrés de l'échelle des vertébrés, sont tout-à-coup reportés par la composition de leur encéphale, en avant des reptiles et des oiseaux; il faut même, dans cette supposition, les placer immédiatement après l'homme; car on trouve à la base de l'encéphale des poissons deux tubercules arrondis qui rappelèrent les tubercules mammillaires situés derrière la jonction des nerfs optiques dans l'espèce hu-

maine. Or ces tubercules manquent déjà chez les quadrumanes, chez les cétacés, chez les phoques et chez tous les autres mammifères : les voilà reproduits chez les poissons. Quelle bizarrerie, disait-on. Il ne manquait plus à ce tableau, pour le rendre plus bizarre encore, que de douer les poissons des mêmes facultés intellectuelles que l'homme. On n'eût osé le faire; on choquait dans ce rapprochement tous les rapports anatomiques, on n'osa choquer le sens commun. Avec des hémisphères cérébraux si richement organisés, les poissons furent maintenus dans le rang inférieur qu'ils occupent et où le Créateur les a placés.

Pouvait-on entreprendre l'anatomie comparative du cerveau avec une telle méthode, et d'après des déterminations si vagues, si incertaines, si discordantes.

On conçoit qu'avant de chercher à établir les rapports des différens élémens de cet organe, il était nécessaire de faire cesser cette confusion, de chercher à reconnaître l'identité des parties dont il se compose, et d'établir cette détermination sur des bases qui fussent les mêmes pour toutes les classes des vertébrés.

Mais où puiser ces bases dans l'état présent de la science? Comment ramener à un type commun des parties si hétérogènes, si différentes par la forme, par la position et par la grandeur. Tous les caractères qui dirigent les anatomistes manquant chez les animaux adultes, il fallait les rechercher ailleurs. Qui ne voit en effet que la meilleure méthode ne saurait faire trouver similaires des parties si dissemblables. Ce n'était donc pas par la comparaison des animaux adultes qu'on pouvait arriver à cette détermination. Convaincu par l'expérience de cette impossibilité, M. Serres essaya d'y parvenir par l'anatomie comparative des embryons de toutes les classes.

Les anatomistes n'ont pas oublié avec quel rare bonheur M. le professeur Geoffroy-Saint-Hilaire, et après lui

M. le baron Cuvier, étaient parvenus à expliquer les os composant la tête des animaux des trois classes inférieures, par la comparaison avec la tête des embryons des mammifères. Frappé de cette idée et de ses résultats, M. Serres croit apercevoir dans l'encéphale des classes inférieures, l'état permanent des formes transitoires du même organe chez les embryons des mammifères; il conçoit dès lors la possibilité de faire pour le cerveau, ce que ces anatomistes illustres ont fait avec tant de succès pour les os qui l'environnent.

Mais à peine entré dans cette nouvelle route, il se trouve arrêté par les hypothèses érigées en lois par ses prédécesseurs. *La philosophie ayant désespéré, dit Bonnet, de découvrir la formation des êtres organisés, a heureusement imaginé une hypothèse qui en tient lieu; cette hypothèse est celle de la préexistence des germes.* On ne pouvait plus mal imaginer pour la science; car si les germes sont primitivement ce qu'ils doivent être par la suite, il est illusoire de s'occuper de leur formation: il n'y a plus de formation observable. L'animal, à sa sortie du néant, est en petit ce qu'il sera en grand par la suite: tout le papillon est dans sa larve, la grenouille est toute entière dans les premières ébauches de son têtard, le mammifère est dessiné en petit dans le premier mucus qui le sépare du néant: toutes les recherches d'organogénie étaient donc vaines dans cette supposition.

Mais, dira-t-on, puisqu'on avait désespéré d'expliquer la formation des êtres, il fallait bien mettre quelque chose à la place de ce vide désespérant. Non, sans doute, il fallait traiter cette hypothèse comme les physiciens ont traité celle de *l'horreur du vide* dont on avait gratifié la nature; il fallait sonder les difficultés qui avaient arrêté les zootomistes, et on aurait vu qu'ils s'étaient eux-mêmes entravés dans leur marche, et qu'ils s'étaient imposé des liens dont ils ne purent plus se débarrasser.

Harvey et Malpighi, doués de ce génie investigateur dont les traces se conserveront éternellement dans la science, s'élevant aussi haut qu'il leur est possible dans la formation de l'embryon, s'arrêtent à un point primitif qui leur paraît la racine de tout l'être; pour le premier, ce point est le cœur; pour le second, c'est la moelle épinière. L'un voit partir de ce point central tous les rameaux vasculaires qui vont former l'être, l'autre voit projetter à la moelle épinière tous ces faisceaux qui vont servir de base à tout l'animal. Tous les deux érigent en loi le développement central des êtres organisés, tous ces êtres se forment d'après leurs idées du centre à la circonférence.

Le développement central des animaux n'est plus mis en doute, les anatomistes se partagent entre l'opinion d'Harvey et celle de Malpighi; les uns veulent que le système sanguin préexiste au système nerveux, les autres pensent au contraire que le système nerveux précède le système sanguin, tous marchent à la suite de ces deux maîtres de la science, et adoptent sans restriction l'idée du développement central des êtres. Ils se fatiguent à la suite de cette idée, et après mille détours et des efforts inouis, ils se trouvent au milieu d'un désert aride. Ils ne peuvent plus en sortir que par cette hypothèse que Bonnet trouve si heureuse.

Qui le croirait? La nature avait été interprétée en sens inverse? On lui avait prêté dans la formation des organes une marche directement opposée à celle qu'elle suit. Doit-on s'étonner ensuite si ses lois n'ont été ni connues ni dévoilées.

Toute la zoogénie, dit M. Serres, repose en effet sur la loi fondamentale du développement excentrique des animaux.

Sur cette idée mère repose non seulement l'ouvrage que nous examinons, mais elle sert de base à une doctrine anatomique toute nouvelle, doctrine dont les prin-

cipes ont été couronnés deux fois par l'Académie Royale des Sciences, et qui, par ses innombrables applications, mérite toute l'attention des anatomistes de nos jours. Elle mérite surtout la nôtre, car tout l'ouvrage sur l'anatomie comparée du système nerveux en étant une continuelle déduction, on ne peut apprécier les faits nombreux qu'il renferme sans connaître les principes, ni juger de la certitude de ces principes sans les faits.

Quelle est donc cette doctrine? La voici :

Tous les systêmes organiques, dit M. Serres, se développent de la circonférence au centre.

De cette marche excentrique découlent les lois de l'organisation.

D'après ces lois, tout organe doit être primitivement double ou formé de deux parties isolées; par les progrès des développemens, ces deux parties, isolées d'abord, marchent à la rencontre l'une de l'autre, se touchent et se réunissent sur la ligne médiane pour constituer les organes que l'on a nommés impairs parce qu'on les considérait tout formés.

Tous les organes impairs ou uniques seront sur la ligne médiane, plus ils se rapprocheront de cette ligne, moins seront sensibles les traces de leur formation première; plus ils s'en éloigneront, plus ils conserveront les caractères de cette origine primordiale.

M. Serres nomme *loi de symétrie*, le principe du double développement des organes.

Il désigne sous le nom de *loi de conjugaison*, le rapport général de leur réunion.

Ces lois sont à l'anatomie transcendante ce que l'élasticité, la gravité, l'affinité, etc., sont dans les sciences physiques. Le rapport de ces derniers principes comme cause avec les innombrables effets qui en découlent comme effet, est un axiome presque fastidieux à répéter aujourd'hui en physique, en chimie, en astronomie, etc.

Ces sciences doivent à ces principes les théories lumineuses qui les ont placées à la tête de nos connaissances positives.

Serait-il possible de réduire la science de l'organisation à des formules si abrégées? Tous les faits d'organogénie seraient-ils sous la puissance de lois si simples? Aurions-nous enfin l'espérance de voir cette partie de la science théorisée comme ces sciences physiques?

De la hauteur où nous nous trouvons placés par ces principes, descendons avec M. Serres dans les détails minutieux en apparence de la formation des principaux systèmes organiques. Voyons si chacun d'eux en particulier et si tous en général seront soumis à la loi de symétrie, et à la loi de conjugaison. Si ces principes généraux sont déduits des faits particuliers, si les faits particuliers sont expliqués par ces principes, nous aurons la preuve et la contre-épreuve, ou la certitude des uns et des autres. Nous aurons enfin une véritable théorie.

Commençons avec l'auteur par le système osseux, système qui, chez les animaux vertébrés, servant de canevas à toute leur organisation, est le plus compliqué de tous chez les animaux parfaits.

En considérant les os tout formés, en voyant leur diversité de formes, les éminences qui les surmontent, les cavités dont ils sont creusés pour les articulations, les trous dont ils sont perforés, les canaux qui les parcourent et qui sont ciselés avec tant d'art dans leur profondeur, on n'entrevoit guère la possibilité de les ramener à cette unité, à cette simplicité de formation que l'auteur annonce. Plus ce problème paraît compliqué, plus on est impatient de le voir résoudre, plus on est curieux de suivre l'auteur dans son explication. Il la donne, et on est tout surpris de la simplicité des causes qui amènent des résultats si complexes.

On voit chez les jeunes embryons la charpente osseuse

se former de la circonférence au centre; on suit dans le tronc la marche de l'ossification, on la voit procéder invariablement des côtes qui sont excentriques, sur les masses latérales des vertèbres qui sont plus internes, et enfin sur le corps de ces os qui forment l'axe central du squelette.

On la suit dans le bassin, on voit les noyaux osseux se manifester en premier lieu sur l'ilion, puis sur l'ischion et les masses latérales du sacrum, puis enfin sur le pubis et sur le centre de ce dernier os.

On passe au crâne, et comme sur le tronc et le bassin de l'animal, on voit que l'ossification gagne de proche en proche de la circonférence au centre; on la suit de l'apophyse zygomatique sur les osselets de l'ouïe et sur la partie interne du rocher, des ailes du sphénoïde sur la partie centrale de ces os; des masses latérales de l'ethmoïde, sur sa lame perpendiculaire qui en occupe le centre. Les maxillaires inférieurs et supérieurs suivent invariablement le même mode de développement.

On devance l'auteur dans les applications de cette loi à la loi de symétrie du système osseux; on voit que nécessairement tous les os du centre doivent être primitivement formés des deux parties. Qu'il doit primitivement y avoir deux demi-rachis osseux, deux demi-crânes, deux demi-hyoïdes, deux demi-sternum, deux vomers, deux demi-sacrum, comme tous les anatomistes savent qu'il y a chez les enfans deux coronaux, deux pariétaux, deux maxillaires inférieurs, qui conservent beaucoup plus long-temps que les autres os le caractère primitif du développement du système osseux.

La loi de conjugaison se déduit de la même manière du principe du développement excentrique. En se portant à la rencontre les unes des autres, les pièces osseuses forment les cavités articulaires des os; toujours deux pièces au moins se joignent l'une à l'autre pour former ces

cavités. Des plus petites cavités aux plus grandes ce principe trouve une rigoureuse application. Dans la cavité cotyloïde, les pièces de formation restent si longtemps séparées, qu'aucun anatomiste n'en ignore le mode de développement; dans la cavité orbitaire les pièces restent constamment désassemblées. Les cavités orbitaires et cotyloïdes sont à cette partie de la loi de conjugaison ce que le coronal, les pariétaux et les maxillaires sont à la loi de symétrie. Ce sont des traces permanentes du type primordial de l'ossification.

Que sont les trous? des cavités osseuses perforées, dit M. Serres? Que sont les canaux osseux? des trous prolongés pour revêtir et protéger les organes qu'ils renferment. Tous les trous, tous les canaux du squelette résultent de l'assemblage de deux ou plusieurs pièces primitives. Nul trou, depuis le trou occipital et les trous de conjugaison qui sont si développés, jusqu'aux trous orbitaires qui sont si petits, n'échappe à cette loi commune de développement. Nul canal ne s'y soustrait depuis le canal carotidien, le canal vertébral, jusqu'à l'aqueduc de Sylvius et aux canaux demi-circulaires du rocher, si profondément et si artistement sculptés dans l'épaisseur de cet os, qui tire son nom de son excessive dureté.

Assurément de tels principes n'ont besoin que d'être énoncés pour exciter le plus vif intérêt, et les faits d'où ils sont extraits n'ont pas besoin de commentaires aux yeux de ceux qui connaissent toutes les difficultés de l'anatomie des jeunes embryons.

Mais après avoir suivi l'application de ces lois au plus compliqué des systêmes organiques, on veut encore la suivre dans les autres appareils des animaux; on s'arrête aux deux parties primitives du canal intestinal, de l'aorte, du larynx, de la trachée artère; on veut voir tous ces longs canaux formés de même que le canal vertébral par la

double engrénure des deux moitiés qui les constituent d'abord chez les jeunes embryons.

On suit avec le même intérêt l'application de ces principes à la *myogénie*. La loi de symétrie est empreinte sur la presque totalité du système musculaire ; les muscles du tronc, les muscles du bassin, ceux du cou et de la tête, sont presque tous doubles et conservent cette symétrie pendant toute la vie des animaux. M. Serres ne fait que les indiquer en passant, mais il s'arrête au développement des muscles orbiculaires et du diaphragme qui sont perforés pour donner passage à d'autres parties. Tous ces muscles, uniques chez les animaux parfaits, sont primitivement doubles comme les autres ; les trous qui les transpercent sont produits de même que les trous osseux, par l'adossement et l'engrénure de ces deux parties primitives ; tous les muscles orbiculaires et le diaphragme qui est orbiculaire aussi, sont d'abord de doubles muscles qui, en se réunissant, donnent naissance aux trous dont tous les anatomistes les savent perforés. Les oiseaux sont par le diaphragme des embryons permanens de la classe supérieure ; les deux moitiés de ce muscle à peine développées, restent disjointes dans toute cette classe, et n'ont pas été reconnues jusqu'à ce jour, parce qu'on leur cherchait le diaphragme semblable à celui des mammifères.

En procédant ainsi des muscles les plus simples aux plus compliqués, M. Serres prépare le lecteur à l'explication de la formation du cœur, qui est au système musculaire ce que le crâne est au système osseux, ce que l'encéphale est au système nerveux, et qui n'a guère moins que le cerveau et le crâne exercé la sagacité et la patience des observateurs.

Nous voilà bien éloignés en apparence du système nerveux, objet spécial de cet article ; mais tel est dans les sciences l'ascendant des principes généraux déduits des

faits, que la connaissance des premiers conduit à celle des seconds d'une manière presque nécessaire.

Nos lecteurs ont déja devant les yeux la marche que suit le système nerveux dans son développement. Puisque sa formation a lieu de la circonférence au centre, on voit que les nerfs latéraux du tronc, que les nerfs latéraux du bassin, doivent précéder l'apparition de la moelle épinière, et les nerfs du crâne et de la face, celle de l'encéphale.

On voit que la loi de symétrie et la loi de conjugaison vont nous donner l'explication de l'axe cérébro-spinal du système nerveux, comme elles nous ont fourni celle du système osseux et du système musculaire.

D'après la loi de symétrie, toutes les parties du système nerveux doivent être doubles. D'après la loi de conjugaison elles doivent toutes se réunir, s'engréner et se confondre sur l'axe central de ce système, pour donner naissance aux parties uniques, que l'on y rencontre chez les animaux vertébrés.

M. Serres ne fait que rappeler en passant que les nerfs proprement dits sont symétriques et doubles chez les vertébrés et les invertébrés? Qui ne sait que tous les animaux ont un double appareil nerveux, l'un droit, l'autre gauche? Qui ne sait que tous les nerfs d'un côté sont la répétition de ceux du côté opposé? Qu'il y a un double nerf intercostal, de doubles nerfs des sens, des nerfs symétriques pour tous les organes de la tête, des membres et du tronc? La loi de symétrie ne trouve donc aucune exception dans la névrologie, et pour en reconnaître la généralité il suffisait seulement de l'indiquer.

Il n'en est pas de même pour les parties centrales du système nerveux, surtout chez les animaux vertébrés. La moelle épinière, et diverses parties de l'encéphale, présentent des parties uniques; il était indispensable d'établir leur double développement pour les ramener à la loi de symétrie.

Si conformément à la loi primitive du développement excentrique des organes, la moelle épinière et l'encéphale se forment de la circonférence au centre, leur double développement est une conséquence nécessaire de ce principe.

Ainsi un double cordon forme primitivement la moelle épinière dans toutes les classes.

Il en est de même de la moelle alongée, des tubercules quadrijumeaux, et de leurs analogues les lobes optiques; chez les oiseaux, les reptiles et les mammifères, ces parties sont primitivement formées par deux lames isolées, l'une droite, l'autre gauche.

Le cervelet, organe impair chez les mammifères, les oiseaux et les reptiles, apparaît dans toutes les classes sous la forme de deux lames latérales.

Les pédoncules cérébraux sont doubles. Les épiphyses qui les surmontent sont pareillement symétriques. En arrière ce sont les couches optiques, en avant les corps striés. Les renflemens de l'un des côtés sont exactement la répétition de ceux du côté opposé.

La glande pinéale, organe unique et central chez les animaux parfaits, est divisée chez les très-jeunes embryons en deux parties; l'une appartenant au demi-cerveau de droite, l'autre au demi-cerveau de gauche; chacune de ses moitiés est le point de convergence de ses doubles pédoncules. Certaines tortues de terre offrent constamment cette disposition.

Les lobules olfactifs sont toujours doubles dans toutes les classes, toujours isolés l'un de l'autre, quelle que soit leur petitesse ou leur grandeur.

Il y a constamment aussi deux hémisphères cérébraux; ces hémisphères sont isolés chez les poissons osseux, réunis chez les cartilagineux, mais divisés sur la ligne médiane par une scissure profonde. Chez les reptiles, les oiseaux et les mammifères, ces organes sont liés l'un à l'autre

par des faisceaux transverses, que l'on a désignés généralement sous le nom de *commissures*.

Toutes ces commissures, organes uniques chez les animaux parfaits, sont primitivement doubles chez les jeunes embryons de toutes les classes.

Ainsi la commissure des lobes optiques, ou tubercules quadrijumeaux, si développée chez les oiseaux, est double primitivement, et isolée de sa congénère; il y a une demi-commissure d'un côté, une demi-commissure de l'autre.

Les commissures antérieures et postérieures, et la commissure molle des couches optiques, sont primitivement doubles chez tous les jeunes embryons.

Le trapèze de la moelle alongée qui, chez les mammifères, sert de commissure à une partie du cervelet, est dans le même cas que les précédentes; constamment aussi on observe chez les embryons de cette classe un double pont de varole.

Il y a primitivement une double voûte, et une double cloison désignée sous le nom de *septum lucidum*; un demi-corps calleux de chaque côté.

Toutes les parties de l'axe cérébro-spinal du système nerveux sont donc assujetties à la loi de symétrie; toutes terminent également leur développement sous l'influence de la loi de conjugaison.

Chez les larves des insectes, les ganglions, d'abord isolés les uns des autres, se rapprochent en se concentrant et finissent par s'adosser sur la ligne médiane.

Chez tous les embryons des reptiles, des oiseaux et des mammifères, les cordons primitifs de la moelle épinière se réunissent par deux sutures, l'une antérieure, l'autre postérieure.

La moelle alongée se réunit en avant comme la moelle épinière; en arrière, ses lames de réunion sont représentées par le cerveau.

Les faisceaux qui composent toutes ces commissures

marchent de la circonférence au centre, et se réunissent en se confondant sur la ligne médiane; les deux demi-commissures n'en font plus qu'une après cette jonction.

C'est ainsi que terminent leur développement, le trapèze de la moelle alongée, le pont de varole, les commissures antérieures et postérieures, la commissure rayonnée des lobes optiques des oiseaux, le pont de varole, et le corps calleux, la plus grande de toutes les commissures de l'encéphale.

Par l'effet de cette réunion, des cavités, des canaux, des scissures, des trous se manifestent dans les diverses parties de l'axe cérébro-spinal du système nerveux; et comme on le voit, ces trous, ces ventricules, ces canaux, ces scissures sont, de même que dans les autres systèmes organiques, l'effet de la loi de conjugaison.

Tels sont le canal de la moelle épinière, le quatrième ventricule, la scissure du calamus scriptorius, la scissure de sylvius, le ventricule des lobes optiques, le ventricule du lobule olfactif, les grands ventricules des hémisphères cérébraux, et le ventricule presqu'imperceptible de la cloison transparente: tel est le mécanisme de la formation des trous si singulièrement désignés chez les mammifères par le nom de vulve et d'anus.

Toutes les parties du système nerveux sont donc rigoureusement assujetties aux lois de formation de tous les systèmes organiques. Toutes se développent de la circonférence au centre, toutes sont primitivement divisées en deux parties, d'après le type primitif des organes qui sert de base à la loi de symétrie; toutes se réunissent d'après la marche indiquée dans toute l'organisation par la loi de conjugaison.

C'est en suivant pas à pas et pour ainsi dire d'heure en heure, ce mode de développement chez les embryons de toutes les classes, que l'auteur s'aperçoit que primitivement le cerveau est identique chez tous les animaux verté-

brés. Chez les poissons, les reptiles, les oiseaux et les mammifères l'axe cérébro-spinal est non-seulement formé des mêmes élémens; mais ce qui est plus remarquable encore, ces élémens ont chez tous ces animaux la même forme, la même position, la même structure, et les mêmes connexions.

Si par la pensée, dit M. Serres, on arrête dans cet état primitif, l'axe cérébro-spinal de toutes les classes, on le trouve partout formé des mêmes élémens. Ces élémens sont la moelle épinière, deux bulbes au milieu de l'encéphale d'où naissent chez tous les vertébrés les tubercules quadrijumeaux et leurs analogues les lobes optiques; deux autres bulbes en avant de ceux-ci qui sont les premiers vestiges des hémisphères cérébraux, et, à leur partie postérieure, deux lames transversales, qui dans toutes les classes représentent le cervelet. Voilà le type primitif de tout encéphale; voila les termes du problême qui nous occupe, fixés quant à leur valeur et à leur identité commune.

Si la nature s'arrêtait là, la question de l'anatomie comparative du système nerveux serait bien simple, ou plutôt il n'y aurait pas d'anatomie comparée à faire; car il n'y aurait qu'une seule forme à comparer pour chaque élément chez tous les animaux vertebrés.

Mais si nous nous transportons tout-à-coup chez les animaux parfaits, un tableau bien différent se présente à nos regards; tout est changé dans l'encéphale, formes, rapports, structure, tout est transformé, les connexions seules restent invariables. L'insecte n'est pas plus différent de sa larve, le papillon de sa chrysalide, la grenouille de son têtard, que l'encéphale d'un mammifère ou d'un oiseau ne l'est de son type primitif embryonaire. Il s'est opéré, comme chez les êtres précédens, une série de métamorphoses qui ont tout changé, tout interverti, tout transformé, et qui ont rendu cet organe méconnaissable d'une classe à l'autre.

Comment ferons-nous cependant pour le reconnaître? Comment s'est perdue cette homogénéité primitive du cerveau? Comment s'établissent toutes ces dissemblances? Comment, de son type primitif, chaque élément parvient-il à ses formes permanentes? Telles sont les questions élevées que se propose M. Serres, et qu'il resout de la manière la plus satisfaisante.

Si l'idée précédente est exacte, si l'encéphale est primitivement identique chez les poissons, les reptiles, les oiseaux et les mammifères, on voit de suite que les dissemblances sont le résultat des métamorphoses diverses que cet organe éprouve dans les différentes classes, et dans chacune d'elles en particulier.

En suivant ces métamorphoses dans chaque partie, M. Serres assiste en quelque sorte à leurs diverses transformations; il voit ces mêmes parties parcourir une série plus ou moins nombreuse d'évolutions avant de revêtir leurs formes permanentes. Ici une partie reste en quelque sorte stationnaire, et conserve constamment les formes embryonaires; là elle éprouve une ou deux évolutions qui lui font subir une transformation qui l'éloigne du type primitif; ailleurs ces évolutions sont plus multipliées. Chaque métamorphose produisant une transformation nouvelle, plus une partie se métamorphose, plus sont nombreuses ses formes fugitives, plus sont compliquées ses formes permanentes. Toutes ces dissemblances encéphaliques sont dès lors produites par quelques métamorphoses de plus ou de moins dans les quatre classes des animaux vertébrés.

M. Serres le prouve pour chaque partie fondamentale de cet organe. Il voit les tubercules quadrijumeaux conserver, chez les reptiles et les poissons, leur type embryonaire primitif. Il suit, chez les oiseaux, le déplacement de ces tubercules, qu'il nomme *lobes optiques* dans les trois classes inférieures; il les voit se porter de la face

supérieure de l'encéphale qu'ils occupent d'abord comme dans toutes les classes, sur les côtés et sur les flancs des pédoncules où on les rencontre chez tous les animaux parfaits. Considérant ces mêmes parties chez les mammifères et l'homme, il voit les lobes optiques creusés primitivement d'une cavité comme dans les trois classes inférieures, se solidifier comme la moelle épinière, et se doubler de chaque côté par la manifestation d'un sillon transversal, de telle sorte que deux lobes creux se convertissent en quatre tubercules solides. Quelque dissemblance qu'il y ait alors entre les tubercules quadruples des mammifères, les lobes optiques déplacés des oiseaux, et les lobes primitifs des poissons et des reptiles, on voit que c'est toujours le même organe, dont la physionomie seule est changée dans les diverses classes. Ces transformations ne changent en rien son identité primitive.

L'auteur applique la même méthode à la moelle allongée, aux hémisphères cérébraux et au cervelet; partout il observe que, par les progrès de leur développement, les mêmes parties se transforment dans les diverses classes; partout il fait voir que ces complications, quelque variées, quelque nombreuses qu'elles soient, s'établissent toujours sur un type primitif et uniforme chez tous les animaux vertébrés.

Ainsi, des lois du système nerveux dérive l'uniformité primitive de l'encéphale chez les animaux vertébrés; de l'inégalité de son développement, découlent toutes les dissemblances classiques.

Mais cette inégalité de développement ne porte pas sur tout l'encéphale : chaque classe se fait remarquer par la prédominance d'une ou plusieurs parties de l'encéphale; chaque élément fondamental devient tour-à-tour dominateur ou dominé, et de là résultent les formes classiques de cet organe.

Ainsi, chez les poissons, les lobes optiques, prodigieu-

sement développés, commandant la disposition générale de leur cerveau; toutes les autres parties sont atrophiées autour d'eux, les lobules olfactifs exceptés.

Chez les reptiles, les hémisphères cérébraux accrus anéantissent presque complètement le cervelet, et atrophient le lobule olfactif.

Chez les oiseaux, le cervelet devient l'organe dominateur; les lobes optiques perdent de leur influence, les hémisphères cérébraux continuent le développement commencé chez les reptiles: d'où il résulte que les reptiles et les oiseaux se touchent presque par leurs hémisphères cérébraux, tandis que, par rapport à leur cervelet, ces deux classes sont à une distance infinie l'une de l'autre.

Enfin, chez les mammifères, les tubercules quadrijumeaux, qui dominaient chez les poissons et les reptiles, sont tout-à-fait dominés à leur tour; ils sont débordés de toutes parts par l'accroissement considérable des hémisphères du cerveau et du cervelet.

Ici se présente un rapport très-singulier entre les phases que parcourt l'encéphale chez les embryons des vertébrés supérieurs et l'état permanent de cet organe dans les classes inférieures.

Si vous observez, à leurs diverses périodes, les embryons des mammifères, vous voyez dominer en premier lieu les lobes optiques de même que chez les poissons; un peu plus tard ces hémisphères commençant à se dessiner, le cervelet est encore à peine visible, de même que chez les reptiles; un peu plus tard encore, le cervelet et le cerveau vous répètent la classe des oiseaux.

Considéré par les formes encéphaliques, un embryon de mammifère est donc tour-à-tour un poisson, puis un reptile, puis un oiseau.

De ce rapport très-remarquable, et sans doute très-inattendu dans l'état présent de la science, dérive l'explication d'un ordre de phénomènes plus remarquable en-

core, celui de la répétition des formes encéphaliques des classes inférieures que nous offrent si fréquemment les monstruosités animales de la classe supérieure.

Si en effet une monstruosité se forme à la première période de son développement, l'animal vient au monde avec les formes encéphaliques d'un poisson; s'il s'arrête à la seconde, il reproduit les reptiles; à la troisième, il répète les oiseaux.

Mais, remarque M. Serres, un monstre descend toujours les degrés de l'échelle animale, jamais il ne les remonte. Jamais un poisson monstrueux ne s'élevera aux formes encéphaliques d'un reptile, jamais un reptile n'atteindra les oiseaux, jamais un oiseau ne reproduira un mammifère. Des barrières insurmontables sont placées par la nature entre ces diverses classes, et on conçoit qu'elles étaient indispensables pour le maintien de l'harmonie de la création.

Les formes embryonaires des classes supérieures répètent donc les formes permanentes des classes inférieures, et celles-ci reproduisent le type fixe des formes fugitives des embryons supérieurs.

Si vous pouviez développer les diverses parties de l'encéphale des classes inférieures, vous feriez successivement d'un poisson un reptile, d'un reptile un oiseau, d'un oiseau un mammifère.

Si vous pouviez atrophier, au contraire, cet organe chez les mammifères, vous les réduiriez successivement aux conditions du cerveau des trois classes inférieures.

Ainsi se trouvent expliquées l'analogie primitive de l'encéphale chez tous les vertébrés, ses dissemblances permanentes chez les animaux parvenus à leur développement parfait, et les déformations des mêmes organes dans tous les cas de monstruosité qui portent spécialement sur le système nerveux.

Après avoir exposé les causes des dissemblances encé-

phaliques dans toutes les classes, M. Serres les renferme toutes dans les corollaires généraux qui suivent.

Chez les poissons, les lobes optiques sont l'élément dominateur.

Les hémisphères cérébraux sont atrophiés.

Le lobule olfactif est très-considérable.

Le cervelet est moyennement développé.

Chez les reptiles, les lobes optiques perdent leur influence.

Le cervelet est presque anéanti. Les hémisphères cérébraux se développent beaucoup, comparativement à ce qu'ils sont chez les poissons.

Le lobule olfactif est à son tour atrophié.

Chez les oiseaux, le cervelet devient la partie dominante.

Les lobes optiques sont affaiblis.

Les hémisphères cérébraux sont accrus.

Les lobules olfactifs sont presque anéantis.

Chez les mammifères, les hémisphères cérébraux deviennent à leur tour les organes dominateurs.

Le cervelet continue son développement transversal.

Les tubercules quadrijumeaux sont réduits à leur minimum d'existence.

Le lobule olfactif éprouve de très-grandes variations.

Très-développé chez ceux où les hémisphères le sont peu, il diminue et disparaît presque complètement, à mesure que l'on s'élève des ruminans aux carnassiers, aux singes et à l'homme.

En se développant, tous les élémens fondamentaux de l'encéphale se creusent d'un ventricule; l'effet de cette cavité est d'étendre la superficie de l'organe et de multiplier la matière nerveuse qui les forme : de là découle la loi suivante.

Le rapport du volume des organes encéphaliques et de

la moelle épinière donne rigoureusement le rapport de capacité de leurs ventricules.

Ainsi, chez les animaux qui, comme les singes, ont la moelle épinière peu développée, le canal épinien n'existe pas; on le voit, au contraire, augmenter de capacité des carnassiers aux ruminans, aux rongeurs, de ces derniers aux oiseaux, aux reptiles et aux poissons, à mesure que le volume relatif de la moelle épinière augmente et se développe.

Ainsi le ventricule des tubercules quadrijumeaux n'existe pas chez les mammifères où ces corps sont réduits à leur minimum d'existence.

La capacité de ce ventricule augmente au contraire progressivement des oiseaux aux reptiles et aux poissons, à mesure que ces tubercules prédominent sur les autres parties de l'encéphale.

Il en est de même du lobule olfactif; ce lobule est solide chez l'homme, les singes, les phoques et les oiseaux, à cause de son faible développement. Il se creuse au contraire chez les ruminans, les rongeurs, les reptiles et les poissons, en raison directe de son accroissement.

Il en est de même du cervelet. Le quatrième ventricule augmente transversalement en raison directe des hémisphères de cet organe. Le lobe médian est solide chez les mammifères où il est peu développé; un ventricule se manifeste dans son intérieur chez les oiseaux et chez certains poissons cartilagineux, chez lesquels ce lobe est porté au maximum de son développement.

Il en est de même des hémisphères cérébraux; ces hémisphères sont solides chez les poissons, où ils sont tellement atrophiés qu'on douterait quelquefois de leur existence. Chez les reptiles et les oiseaux, une cavité peu étendue se manifeste dans leur intérieur; mais en les considérant chez les mammifères, des rongeurs aux quadrumanes, on voit se déployer dans leur intérieur ces vastes

ventricules cérébraux qui, chez le phoque, les singes et l'homme, sont, ainsi que les hémisphères cérébraux, portés au maximum de leur grandeur.

Ce rapport de capacité des ventricules coïncide avec la complication des élémens encéphaliques dans toutes les classes; ainsi, plus un élément devient dominateur dans une classe, plus la capacité de ses ventricules augmente, plus sa structure devient compliquée.

Ainsi, chez les poissons, la structure des lobes optiques (tubercules quadrijumeaux) offre une complication qu'on ne retrouve ensuite dans aucune autre classe. On aperçoit dans leur intérieur des parties nouvelles qui ne se reproduisent ni chez les reptiles, ni chez les oiseaux, ni chez les mammifères: ce sont ces parties que l'on a, sans aucun fondement, assimilées aux corps striés, à la couche optique, à la corne d'ammon, à la voûte et au corps calleux des mammifères.

Chez les oiseaux, les lobes optiques s'étant déjetés sur les flancs des pédoncules, cette circonstance classique donne naissance à la formation d'une commissure rayonnée qu'on ne retrouve plus nulle part. Il se manifeste en même temps dans leur intérieur des tubercules particuliers que l'on a si improprement comparés aux tubercules quadrijumeaux de la classe supérieure.

M. Serres fait remarquer à ce sujet avec quelle incertitude procédaient et procèdent encore quelques anatomistes dans la détermination des élémens de l'encéphale. Les tubercules qui se développent dans les lobes optiques des poissons, sont assimilés aux corps striés, à la couche optique: ces mêmes parties, chez les oiseaux, sont comparées aux tubercules quadrijumeaux des mammifères. Une méthode si vicieuse pouvait-elle produire autre chose que le vague et les incertitudes que l'on remarque dans cette partie de la science?

Les hémisphères du cerveau continuent, chez les oi-

seaux, le développement qu'ils avaient commencé chez les reptiles; on voit naître sur leur face interne une lame rayonnante pédiculée, qui n'existe ni chez les poissons, ni chez les reptiles, et qui est le rudiment de la voûte des mammifères.

Le lobe médian du cervelet étant, chez les oiseaux, l'organe dominateur, on voit se développer, dans sa profondeur, un second ventricule qui ne se retrouve ni chez les reptiles, ni chez la plupart des poissons, ni chez les mammifères.

Enfin, chez les mammifères, le prodigieux accroissement des hémisphères du cervelet et du cerveau donne naissance à la formation de parties nouvelles qui manquent dans toutes les autres classes.

Ainsi l'on trouve des lobes particuliers sur le cervelet et les hémisphères cérébraux de cette classe. On voit se développer dans ces derniers une voûte très-compliquée; le corps calleux qui joint leur partie centrale, comme la commissure rayonnée des oiseaux, réunit leurs lobes optiques isolés. On voit se former le trapèze de la moelle alongée et la protubérance annulaire, qui sont au cervelet ce que le corps calleux est au cerveau.

La grande question de l'analogie primitive et de la dissemblance permanente de l'encéphale dans les quatre classes des animaux vertébrés étant résolue, M. Serres établit le principe des rapports de cet organe.

Les anatomistes pensèrent d'abord que toutes les parties du système nerveux étaient développées en raison directe les unes des autres. Cette opinion était la conséquence de l'hypothèse du développement central des animaux, et de l'idée que tous les nerfs puisaient leur origine sur l'axe cérébro-spinal du système nerveux.

Haller, Sœmmering, et M. le baron Cuvier, firent un pas immense vers la verité, en remarquant que, chez les mammifères, la moelle épinière et le cerveau suivaient une progression inverse.

Considérée dans sa généralité, cette proposition est exacte, surtout chez les mammifères. Dans cette classe on voit décroître la moelle épinière à mesure que le cerveau se développe. Dans les trois classes inférieures, on observe également que le cerveau s'atrophie en raison du développement de la moelle épinière.

Mais si les élémens de l'encéphale sont, comme nous venons de l'établir, dans une variation continuelle de volume; si chaque partie fondamentale dont se compose cet organe est tour à tour dominée ou dominante, selon la classe où on l'observe, on voit de suite combien de nouvelles inconnues sont introduites dans le problême par cette oscillation continuelle. La conséquence rigoureuse qui en découle, c'est que certaines parties de l'encéphale devront être développées en raison directe de la moelle épinière, d'autres, au contraire, devront suivre une progression inverse; c'est en effet ce qui est, comme on peut le voir dans les propositions générales qui suivent, et qui expriment ces divers rapports.

La moelle épinière est d'un calibre égal dans toute son étendue chez les jeunes embryons de toutes les classes; elle est sans renflement antérieur ni postérieur, comme celle des reptiles privés de membres (vipères, couleuvres, *anguis fragilis*), et de la plupart des poissons.

Avec cette absence des renflemens de la moelle épinière coïncide, chez tous les embryons, l'absence des extrémités antérieures et postérieures; les embryons de tous les mammifères, des oiseaux et de l'homme, ressemblent, sous ce rapport, au têtard de la grenouille, et des batraciens en général.

Avec l'apparition des membres coïncide, chez tous les embryons, l'apparition des renflemens antérieurs et postérieurs de la moelle épinière : cet effet est surtout remarquable chez le têtard des batraciens à l'époque de sa métamorphose; les embryons de l'homme, des mammifères,

des oiseaux et des reptiles, éprouvent une métamorphose entièrement analogue à celle du têtard.

Les animaux qui n'ont qu'une paire de membres, n'ont qu'un seul renflement de la moelle épinière : les cétacés sont particulièrement dans ce cas. Le renflement varie par sa position, selon la place qu'occupe sur le tronc la paire de membres. Le genre *bipes* a son renflement situé à la partie postérieure de la moelle épinière; le genre *bimane* l'a au contraire à sa partie antérieure.

Dans les monstruosités que présentent si fréquemment les embryons des mammifères, des oiseaux et de l'homme, il se présente souvent des *bipes* et des *bimanes*, qui, comme les cétacés et les reptiles que nous venons de citer, n'ont qu'un seul renflement situé toujours vis-à-vis de la paire de membres qui restent.

La moelle épinière des poissons est légèrement renflée vis-à-vis du point qui correspond à leurs nageoires : ainsi les *jugulaires* ont ce renflement derrière la tête, à la région cervicale de la moelle épinière, les *pectoraux* vers la région moyenne ou dorsale, et les *abdominaux* vers la partie abdominale de la moelle épinière.

Les *trigles*, remarquables par les rayons détachés de leurs pectorales, le sont aussi par une série de renflemens proportionnés, pour le nombre et le volume, au volume et au nombre de ces mêmes rayons auxquels ils correspondent.

Les poissons électriques ont un renflement considérable correspondant au nerf qui se distribue dans l'appareil électrique (raie, silures électriques).

La classe des oiseaux offre des différences très-remarquables dans la proportion de ces deux renflemens.

Les oiseaux qui vivent sur la terre, comme nos oiseaux domestiques, et ceux qui grimpent le long des arbres, ont le renflement postérieur beaucoup plus volumineux que l'antérieur : l'autruche est surtout remarquable sous ce rapport.

Les oiseaux qui s'élèvent dans les airs et y planent souvent des journées entières, offrent une disposition inverse : c'est le renflement antérieur qui prédomine sur le postérieur.

M. Gall a avancé que la moelle épinière était renflée à l'origine de chaque nerf; M. Serres ne croit pas que cette opinion soit confirmée par l'examen de la moelle épinière des vertébrés, à quelqu'âge de la vie, intra ou extra-utérine, qu'on la considère.

M. Gall cherchait dans ces renflemens supposés l'analogue de la double série de ganglions qui remplacent la moelle épinière dans les animaux articulés.

Cette analogie se trouve, comme d'autres auteurs l'ont déjà avancé, non dans la moelle épinière, mais dans les ganglions intervertébraux.

Ces ganglions, qui ont peu occupé les anatomistes, sont proportionnés dans toutes les classes au volume des nerfs qui les traversent : ils sont beaucoup plus forts vis-à-vis des nerfs qui se rendent aux membres, que dans aucune autre partie.

La moelle épinière est étendue jusqu'à l'extrémité du coccyx, chez l'embryon humain, jusqu'au troisième mois; à cette époque elle s'étend jusqu'au niveau du corps de la seconde vertèbre lombaire, où elle se fixe à la naissance.

L'embryon humain a un prolongement caudal signalé par tous les anatomistes, qui persiste jusqu'au troisième mois de la vie utérine; à cette époque, ce prolongement disparaît, et sa disparition coïncide avec l'ascension de la moelle épinière dans le canal vertébral, et l'absorption d'une partie des vertèbres coccygiennes.

Si l'ascension de la moelle épinière s'arrête, le fœtus humain vient au monde avec une queue, ainsi qu'on en rapporte un grand nombre de cas; le coccyx se compose alors de sept vertèbres.

Il y a donc un rapport entre l'ascension de la moelle épinière dans son canal, et le prolongement caudal du fœtus humain et des mammifères.

Plus la moelle épinière s'élève dans le canal vertébral, plus le prolongement caudal diminue, comme dans le cochon, le sanglier, le lapin ; au contraire, plus la moelle épinière se prolonge et descend dans son étui, plus la queue augmente de dimension, comme dans le cheval, le bœuf, l'écureuil.

L'embryon des *chauve-souris* sans queue ressemble sous ce rapport à celui de l'homme ; il a d'abord une queue qu'il perd rapidement, parce que, chez ces mammifères, l'ascension de la moelle épinière est très-rapide, et qu'elle s'élève très-haut.

C'est surtout chez le têtard des batraciens que ce changement est remarquable ; aussi long-temps que la moelle épinière se prolonge dans le canal coccygien, le têtard conserve sa queue. A l'époque où le têtard va se métamorphoser, la moelle épinière remonte dans son canal, la queue disparaît, et les membres se prononcent de plus en plus.

Si la moelle épinière s'arrête dans cette ascension, le batracien conserve sa queue comme le fœtus humain.

Le fœtus humain, celui des chauve-souris et des autres mammifères se métamorphosent donc comme le têtard des batraciens.

Chez les reptiles qui n'ont pas de membres (les vipères, les couleuvres), la moelle épinière ressemble à celle du têtard avant sa métamorphose.

Chez tous les poissons, la moelle épinière présente le même caractère ; elle offre souvent à sa terminaison un très-petit renflement.

Parmi les mammifères, les cétacés ressemblent sous ce rapport aux poissons.

Les embryons humains monstrueux qui n'ont pas les

membres inférieurs, se rapprochent, sous ce rapport, des cétacés et des poissons.

L'entrecroisement des faisceaux pyramidaux est visible chez l'embryon humain dès la huitième semaine,

Chez les mammifères, l'entrecroisement devient de moins en moins apparent en descendant des quadrumanes aux rongeurs.

Chez les oiseaux, on ne remarque qu'un ou deux faisceaux, tout au plus, dont l'entrecroisement soit distinct.

Chez les reptiles, il n'y a point d'entrecroisement.

Chez les poissons, l'entrecroisement n'existe pas.

Le volume de la moelle épinière et celui de l'encéphale sont en général en raison inverse l'un de l'autre chez les vertébrés.

L'embryon humain ressemble, sous ce rapport, aux classes inférieures; plus il est jeune, plus la moelle épinière est forte, plus l'encéphale est petit.

Dans certaines circonstances, la moelle épinière et l'encéphale conservent un rapport direct de volume: ainsi, plus la moelle épinière est effilée, étroite, plus l'encéphale est étroit, effilé; ce qu'on voit surtout dans les serpens. La moelle épinière diminuant de longueur et augmentant de volume, le cerveau s'accroît dans des proportions égales: c'est ce qui arrive dans les lézards, les tortues.

Chez les oiseaux, plus le cou est alongé, plus la moelle épinière est étroite, plus le cerveau est effilé.

Ce rapport direct de volume entre la moelle épinière et le cerveau ne porte pas sur tout l'encéphale, il a lieu uniquement avec les tubercules quadrijumeaux.

La moelle épinière et les tubercules quadrijumeaux sont rigoureusement développés en raison directe l'un de l'autre; de telle sorte que le volume ou la *force* de la moelle épinière étant donné dans une classe ou dans les familles de la

même classe, on peut déterminer rigoureusement le volume ou la force des tubercules quadrijumeaux.

L'embryon humain est dans le même cas : plus il est jeune, plus la moelle épinière est forte, plus les tubercules quadrijumeaux sont développés.

Les tubercules quadrijumeaux sont les premières parties formées dans l'encéphale; leur formation précède toujours celle du cervelet, chez l'embryon des oiseaux, des reptiles, des mammifères et de l'homme.

Chez les oiseaux, les tubercules quadrijumeaux ne sont qu'au nombre de deux, et ils occupent, comme on le sait, la base de l'encéphale, ce qui les a long-temps fait méconnaître.

Ils ne parviennent à cet état qu'après une métamorphose très-remarquable. Dans les premiers jours de l'incubation, ils sont, comme dans les autres classes, situés sur la face supérieure de l'encéphale, formant d'abord deux lobules, un de chaque côté. Au dixième jour de l'incubation, un sillon transversal divise ce lobule, et à cette époque il y a véritablement quatre tubercules situés entre le cervelet et les lobes cérébraux.

Au douzième jour commence le mouvement très-singulier par lequel ils se portent de la face supérieure vers la face inférieure de l'encéphale.

Pendant ce mouvement, le cervelet et les lobes cérébraux, séparés d'abord par ces tubercules, se rapprochent successivement, et finissent par s'adosser l'un contre l'autre, comme on l'observe sur tous les oiseaux adultes.

Chez les reptiles, les tubercules quadrijumeaux ne sont qu'au nombre de deux dans l'état adulte ; mais au quinzième jour du têtard de la grenouille, ils sont divisés comme ceux de l'oiseau au dixième jour.

Dans cette classe, les tubercules ne changent pas de place ; ils restent toujours situés à la face supérieure de

l'encéphale, entre le cervelet et les lobes cérébraux, et leur forme est toujours ovalaire.

Chez les poissons, le volume considérable que prennent les tubercules quadrijumeaux les a fait considérer jusqu'à ce jour comme les hémisphères cérébraux de l'encéphale.

Ce qui a contribué à accréditer cette erreur, c'est qu'ils sont creusés d'un large ventricule présentant un renflement considérable, analogue, pour sa forme et sa structure, au corps strié de l'encéphale des mammifères.

Ces tubercules sont toujours binaires chez les poissons, et leur forme se rapproche de celle d'un sphéroïde légèrement aplati en dedans.

Chez les mammifères et l'homme, les tubercules quadrijumeaux ne sont qu'au nombre de deux pendant les deux tiers de la vie utérine ; ils sont alors ovalaires et creux intérieurement comme chez les oiseaux, les reptiles et les poissons.

Au dernier tiers de la gestation un sillon transversal divise chaque tubercule, et alors seulement ils sont au nombre de quatre.

La diversité que présentent ces tubercules dans les différentes familles des mammifères, dépend de la position qu'occupe ce sillon transversal.

Chez l'homme, il occupe ordinairement la partie moyenne ; les tubercules antérieurs sont égaux à-peu-près aux postérieurs.

Chez les carnassiers, le sillon se porte en avant, ce qui fait prédominer les tubercules.

Chez les ruminans et les rongeurs, le sillon se porte en arrière, et alors ce sont les tubercules antérieurs qui prédominent sur les postérieurs.

Dans certains encéphales de l'embryon humain et des mammifères, les tubercules restent jumeaux, ce qui rapproche ces encéphales de celui des poissons et des reptiles.

Observons que primitivement les tubercules quadrijumeaux de l'homme et des mammifères sont creux comme chez les oiseaux, les reptiles et les poissons. Remarquons aussi que l'oblitération de leur cavité, s'effectue comme l'oblitération de la moelle épinière, c'est-à-dire, par la déposition de couches de matière grise, secrétée par la pie-mère, qui s'introduit dans leur intérieur.

Les tubercules quadrijumeaux sont développés dans toutes les classes et les familles de la même classe, en raison directe du volume des nerfs optiques et des yeux.

Les poissons ont les tubercules quadrijumeaux les plus volumineux, les nerfs optiques et les yeux les plus prononcés.

Après les poissons, viennent en général les reptiles, pour le volume des yeux, des nerfs optiques et des tubercules quadrijumeaux.

Les oiseaux sont également remarquables par le développement de leurs yeux, ils le sont aussi par le volume de leurs nerfs optiques et des tubercules quadrijumeaux.

Chez les mammifères, les yeux, les nerfs optiques et les tubercules quadrijumeaux, vont toujours en décroissant des rongeurs aux ruminans, des ruminans aux carnassiers, aux quadrumanes et à l'homme, qui occupe sous ce rapport le bas de l'échelle animale.

Comme les tubercules quadrijumeaux servent de base à la détermination des autres parties de l'encéphale, nous avons dû accumuler toutes les preuves qui s'y rapportent.

Les poissons ayant les tubercules quadrijumeaux les plus volumineux ont aussi les inter-pariétaux les plus prononcés.

Après les poissons viennent les reptiles, puis les oiseaux; enfin, parmi les mammifères, les rongeurs ont les inter-pariétaux les plus grands: viennent ensuite les

ruminans, les carnassiers, les quadrumanes, et l'homme, sur lequel on ne le rencontre qu'accidentellement.

Il pourra paraître singulier que le cervelet ne se forme qu'après les tubercules quadrijumeaux ; mais ce fait ne présente d'exception dans aucune classe.

Pour avoir des notions exactes sur le cervelet des classes supérieures, il faut d'abord les emprunter aux poissons.

Chez les poissons, cet organe est formé de deux parties très-distinctes :

D'un lobule médian, prenant ses racines dans le ventricule des tubercules quadrijumeaux ; des feuillets latéraux provenant du corps restiforme.

Ces deux parties sont isolées, disjointes dans toutes les classes des poissons, ce qui les avait fait méconnaître.

La grande différence que présente le cervelet des classes supérieures, dépend de la réunion de ces deux élémens dont l'un conserve le nom de processus vermiculaire supérieur du cervelet, et provient, comme chez les poissons, des tubercules quadrijumeaux. (*Processus cerebelli ad testes*) ; tandis que l'autre, provenant des corps restiformes, constitue les hémisphères du même organe.

Quoique réunis, ces deux élémens conservent une entière indépendance l'un de l'autre.

Le processus vermiculaire supérieur du cervelet, le lobe médian, et les hémisphères du même organe, sont développés dans toutes les classes en raison inverse l'un de l'autre.

Dans toutes les classes (les reptiles exceptés) le lobe médian du cervelet, (processus vermiculaire supérieur) est développé en raison directe du volume des quadrijumeaux.

Dans toutes les classes, les hémisphères du cervelet sont développés en raison inverse de ces mêmes tubercules.

Dans les familles composant les classes des mammi-

fères, ce double rapport est rigoureusement le même : ainsi les rongeurs qui ont des tubercules quadrijumeaux les plus volumineux, ont le lobe médian du cervelet le plus prononcé, et les hémisphères du même organe le plus faible.

L'homme, au contraire, qui occupe le haut de l'échelle, a le plus petit lobe médian et les plus petits tubercules quadrijumeaux.

Le cervelet se développe dans toutes les classes par deux feuillets latéraux non réunis sur la ligne médiane.

La moelle épinière est développée dans toutes les classes en raison directe du volume du lobe médian du cervelet.

La moelle épinière est développée dans toutes les classes en raison inverse des hémisphères du même organe.

Ces faits généraux sont surtout importans pour apprécier les rapports de la protubérance annulaire.

La protubérance annulaire est développée en raison directe des hémisphères du cervelet.

La protubérance annulaire est développée en raison inverse du lobe médian du même organe (processus vermiculaire supérieur.).

La protubérance annulaire est développée en raison inverse des tubercules quadrijumeaux et de la moelle épinière.

La couche optique n'existe pas chez les poissons, ce qu'on avait pris pour elle est un renflement propre aux tubercules quadrijumeaux.

Chez les reptiles, les oiseaux, les mammifères et l'homme, le volume de la couche optique est en raison directe du volume des lobes cérébraux.

Dans ces trois classes, la couche optique est développée en raison inverse des tubercules quadrijumeaux.

Chez l'embryon humain, ce rapport est le même;

les tubercules quadrijumeaux décroissent à mesure que la couche optique augmente. Chez les embryons des autres mammifères, chez les fœtus des oiseaux, et le têtard des batraciens, ce mouvement inverse s'observe également.

Ainsi la couche optique est développée dans les trois classes où elle existe, en raison directe des lobes et en raison inverse des tubercules quadrijumeaux.

La glande pinéale existe dans les quatre classes des vertébrés.

Elle a deux ordres de pédoncules; les uns provenant de la couche optique; les autres de tubercules quadrijumeaux.

Les hémisphères cérébraux sont développés en raison directe du volume de la couche optique et des corps striés.

Chez les poissons, ils forment un simple bulbe arrondi, situé au devant des tubercules quadrijumeaux, et dans lequel s'épanouissent les pédoncules cérébraux.

Chez les poissons, les reptiles et les oiseaux, les lobes cérébraux constituent une masse solide sans ventricule intérieurement.

La cavité ventriculaire des lobes cérébraux distingue exclusivement les mammifères et l'homme.

Un rapport inverse très-curieux s'observe à cet égard, entre les trois classes inférieures et les mammifères, relativement aux tubercules quadrijumeaux et aux lobes cérébraux.

Dans les trois classes inférieures, les tubercules quadrijumeaux sont creux, et conservent un ventricule intérieur; les lobes cérébraux sont solides et sans ventricules.

Dans les mammifères et l'homme, au contraire, les tubercules quadrijumeaux sont solides, forment une

masse compacte, et les lobes cérébraux se creusent d'un large ventricule.

Dans les trois classes inférieures, les lobes cérébraux sont sans circonvolutions, ce qui se lie avec leur masse compacte intérieure.

Dans les mammifères, au contraire, avec la cavité des lobes apparaissent les circonvolutions cérébrales.

La corne d'ammon n'existe ni chez les poissons, ni chez les reptiles, ni chez les oiseaux.

Elle existe chez tous les mammifères; elle est plus développée chez les rongeurs que chez les ruminans, chez ces derniers que chez les carnassiers, les quadrumanes et l'homme, où elle est, toutes choses d'ailleurs égales, moins prononcée.

M. Serres n'a rencontré le petit pied d'hippocampe dans aucune famille des mammifères.

Chez l'homme, il manque quelquefois aussi. La voûte à trois piliers manque chez les poissons et les reptiles.

Elle manque aussi chez la plupart des oiseaux; mais on en rencontre les premiers vestiges sur quelques-uns, tels que les perroquets et les aigles.

La voûte à trois piliers suit, chez les mammifères, le rapport de développement de la corne d'ammon.

Elle est plus forte chez les rongeurs que chez les ruminans; chez ceux-ci que chez les carnassiers, les quadrumanes et l'homme.

Il n'y a aucun vestige du corps calleux dans les trois classes inférieures.

Le corps calleux, ainsi que le pont de varole, sont des parties caractéristiques de l'encéphale des mammifères.

Le corps calleux est développé en raison directe du volume des corps striés et des hémisphères cérébraux; ils augmentent progressivement des rongeurs aux quadrumanes et à l'homme.

Le corps calleux est développé en raison directe du développement de la protubérance annulaire.

Les hémisphères cérébraux, considérés dans leur ensemble, sont développés en raison directe des hémisphères du cervelet, et en raison inverse de son processus vermiculaire supérieur.

Les hémisphères cérébraux sont développés en raison inverse de la moelle épinière et des tubercules quadrijumeaux.

Observations pour servir à l'histoire des hypersarcoses du cœur; par F. Lallemand, *professeur, etc.*

Obs. I.re — Constitution lymphatico-sanguine. — Menstruation tardive et peu abondante. — Symptômes d'anévrysme du cœur. — Pilules de rhue et d'aloës, avant chaque époque menstruelle. — Sangsues immédiatement après. — Au bout d'un an, guérison. — M.lle R.** grande, forte, d'une figure douce et régulière, cheveux blonds, yeux bleus et peau très-blanche, reglée avec peine à dix-sept ans, éprouva à dix-neuf des spasmes et de l'oppression, d'abord à l'époque des règles, puis d'une manière presque continue. Courts et légers dans le principe, ces accès devinrent plus intenses et plus longs; il se manifesta des palpitations habituelles qui augmentaient au moindre mouvement précipité, à la moindre émotion morale; des maux de tête longs et fréquens, accompagnés de congestions sanguines qui produisaient une coloration violacée de la face. On lui donna des antispasmodiques sous toutes les formes, elle fut saignée plusieurs fois; cependant les symptômes devinrent de jour en jour plus graves, et annoncèrent d'une manière plus positive une maladie du cœur.

Dans un voyage que je fis à Metz en 1820, je fus consulté pour M.lle R. âgée alors de 22 ans. Voici dans quel état je la trouvai :

Les joues et les lèvres étaient d'un rouge foncé, tirant sur le violet; les mains étaient gonflées, froides et bleuâtres, ainsi que les jambes et les pieds; les battemens du cœur explorés avec le cylindre acoustique étaient très-étendus, forts, brusques et fréquens, mais n'offraient aucun bruit particulier qui pût faire soupçonner un rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique; l'air pénétrait librement dans toutes les parties des poumons, quoique la respiration fut gênée, haute et fréquente; la malade expectorait souvent des crachats couleur de rouille et même mêlés de petits caillots de sang; elle éprouvait tous les phénomènes qui annoncent l'existence de tumeurs hémorrhoïdales; elle ne pouvait supporter aucun vêtement serré; les règles n'avaient jamais manqué complètement; mais elles devenaient, tous les mois, moins abondantes. De la réunion de ces circonstances, je crus pouvoir conclure que les symptômes d'anévrysme du cœur tenaient à un état pléthorique, dépendant lui-même de l'insuffisance de la menstruation. En conséquence, je prescrivis : 1.° trois jours avant chaque époque menstruelle, six, neuf, puis douze pilules de rhue et d'aloës, de deux grains de chaque substance, à prendre en trois fois; 2.° aussitôt que les règles auraient cessé, 15 ou 20 sangsues à la vulve.

Au bout de trois mois, les règles devinrent plus abondantes et augmentèrent ensuite à chaque époque menstruelle. Je fis diminuer, dans la même proportion, le nombre des sangsues, sans rien changer aux pilules. Six mois après, les symptômes spasmodiques et les palpitations avaient diminué d'une manière notable. Au bout d'un an, les joues et les lèvres étaient d'un beau rouge; l'infiltration des pieds et des mains avait cessé; la peau avait repris sa blancheur et sa chaleur naturelles; en un mot,

les symptômes d'anévrysme du cœur et les accès spasmodiques avaient entièrement disparu, ainsi que les incommodités qui annonçaient l'existence des hémorrhoïdes.

Six mois après, M.[lle] R. jouissant de la plus brillante santé fut recherchée par plusieurs partis. Ses parens me consultèrent pour savoir si elle pouvait se marier. Je répondis que non-seulement elle le pouvait, mais encore que le mariage devait consolider sa guérison. J'appris, quelques mois après, qu'elle était enceinte; sa grossesse fut très-heureuse, à cela près de quelques symptômes de pléthore qui cédèrent à la saignée. Depuis, sa santé n'a pas été un instant altérée.

Obs. II. — *Constitution délicate, menstruation difficile supprimée pendant 8 ans, fluxions passant d'un organe à l'autre, tuméfaction du genou, symptômes d'anévrysme du cœur; tous les mois sangsues à la vulve, précédées pendant trois jours de pilules de rhue et d'aloës; 8 mois après, retour des règles; au bout de 18 mois, guérison.* — M.[lle] Eugénie V, petite, d'une constitution délicate, réglée à 17 ans, peu abondamment et d'une manière irrégulière, fut tourmentée quelques mois après, par des coliques et une grande agitation, qui annonçaient le retour de la menstruation. Quelques gouttes de sang avaient même déjà commencé à paraître, lorsqu'elle eut l'imprudence de rester exposée pendant plusieurs heures à un froid humide. Ses règles se supprimèrent, et bientôt toutes les articulations furent successivement affectées de douleurs rhumatismales.

Parmi les moyens qu'on mit en usage pour activer les fonctions de l'utérus, l'équitation parut être le plus avantageux. Au bout de quelques mois, l'écoulement menstruel commençait à se rétablir, lorsque, descendant de cheval, M.[lle] V... fit un faux pas et ressentit une vive douleur dans le genou droit. Il s'y manifesta une inflammation accompagnée de beaucoup de douleur et de gonflement. Combattue d'abord par les émolliens et les saignées locales, puis

par les rubéfians, elle diminua, sans cesser complètement, revint bientôt après sous la forme chronique, et s'exaspéra souvent sous l'influence des causes les plus légères. Pendant six ans on mit alternativement en usage les émolliens, les narcotiques, les sangsues, les vésicatoires, les cautères, etc., avec un succès momentané suivi bientôt de quelque rechute qu'on attribuait, tantôt à une cause, tantôt à une autre. Peu-à-peu la malade perdit ses forces et devint très-impressionnable; le moindre refroidissement amenait des douleurs dans quelques articulations, une ophthalmie, une otite, etc. Il survint en outre des dartres, qui parcoururent différentes parties du corps et se fixèrent particulièrement à la tête et sur la poitrine, des engelures très-douloureuses et suppurantes aux mains et aux pieds. Une occupation trop constante à la lecture, au dessein ou à la broderie, fit de la tête un centre habituel de fluxion; les yeux se fatiguèrent et restèrent presque constamment rouges, chassieux et larmoyans; il s'établit une céphalalgie permanente accompagnée de somnolence, de tintemens d'oreilles, d'étourdissemens et de fréquentes épistaxis. La douleur s'exaspérait par accès qui duraient quelquefois huit jours. On la combattait alors par des sangsues appliquées derrière les oreilles, des vésicatoires et des pédiluves sinapisés. Enfin, on mit un cautère au bras, et tout le corps fut couvert de flanelles. Plus tard, la malade éprouva des palpitations fréquentes, de la gêne dans la respiration, des étouffemens portés quelquefois jusqu'au point de faire craindre une suffocation. La face prit une couleur violacée; enfin, tous les symptômes d'anévrysme du cœur se manifestèrent; il s'y joignit des hémorrhoïdes fort douloureuses et des varices aux jambes, pour lesquelles on employa des bas de peau de chien, et un gonflement œdémateux des membres, accompagné de coloration bleuâtre et de refroidissement de la peau. Enfin, à ces affections qui tourmentaient la malade d'une ma-

nière presque continue, s'ajoutèrent successivement des symptômes d'affections aiguës du poumon, de la plèvre et du péritoine. Tous ces accidens furent combattus à mesure qu'ils se présentèrent, comme autant de maladies différentes et par des traitemens dirigés d'après les opinions souvent contradictoires des praticiens consultés, jusqu'à ce que la malade, fatiguée de tout, cessa d'écouter aucun conseil et se livra à ce qu'elle appelait *ses inspirations*. Cependant ses parens ayant entendu parler de tumeur blanche au genou, et justement effrayés des suites que pouvait avoir une pareille maladie, me firent appeler. La malade avait alors vingt-cinq ans; voici dans quel état je la trouvai : absence du flux menstruel depuis huit ans : peau de tout le corps fine, luisante, et presque partout d'une teinte bleuâtre; face tuméfiée, d'un rouge violacé, surtout aux joues et aux lèvres; yeux injectés, sensibles à la lumière; tête pesante, douloureuse; jambes engorgées, luisantes et froides; mains et pieds couverts d'engelures; genou droit d'un tiers plus gros que le gauche, dur, engorgé, douloureux, recouvert d'une peau tendue, luisante et rouge, portant des cicatrices de sangsues, de cautères et de vésicatoires; extrémités du femur et du tibia de volume naturel; tissu fibreux environnant l'articulation, engorgé, mais non mollasse comme dans les tumeurs blanches; mouvemens du membre presque impossibles; veines des jambes très-volumineuses; plusieurs cicatrices rouges et minces d'anciennes plaies variqueuses; respiration fréquente et laborieuse, cependant poitrine partout sonore à la percussion; point d'obstacles dans les bronches, battemens du cœur très-étendus, forts, brusques et fréquens, sans aucun bruissement appréciable au cylindre acoustique. Dartres furfuracées, écailleuses, dans plusieurs parties du corps, surtout au front. Otalgie, passant rapidement d'une oreille à l'autre, et remplacée pour le moment par une odontalgie, accompagnée de fluxion

sur les joues et les gencives. Douleur légère à l'épaule droite.

Il était difficile de se reconnaître au milieu d'un pareil chaos de maladies, de consultations et de traitemens. Ce ne fut qu'après trois longues conférences que je commençai à asseoir mes idées. Je vis que la constitution délicate de la malade, les engelures, l'aménorrhée, l'affection du genou, avaient fait croire à plusieurs médecins que la cause première de tous ces accidens était scrofuleuse, et que la maladie du genou était une tumeur blanche. De là les toniques, les excitans, les emménagogues. D'autre part, les dartres, les engelures, les fluxions sur les yeux, les oreilles, les dents, etc., avaient fait penser à une affection dartreuse; à un vice des humeurs : de là les dépuratifs, les vésicatoires, les cautères, etc. Les douleurs ambulantes des articulations qui alternaient avec les autres fluxions, avaient fait admettre à d'autres praticiens un vice rhumatismal. La coloration de la face et de presque toute la peau, l'infiltration des mains et des jambes, les palpitations, la force et l'étendue des battemens du cœur, les hémorrhoïdes, les varices, etc. n'avaient laissé aucun doute sur l'existence d'une maladie du cœur qu'on regardait comme incurable. Pour moi, d'après la succession des faits, je demeurai convaincu que cette longue série de maux dépendait de la suppression accidentelle de la menstruation. Son apparition tardive et laborieuse, la difficulté de son rétablissement pouvaient dépendre de la faiblesse naturelle de la malade; mais je pensai que la cessation de cette fonction importante depuis l'âge de la puberté avait à son tour empêché le développement de la constitution. J'attribuai tous les symptômes d'affection du cœur à une pléthore artificielle, et je pensai qu'on pourrait en obtenir la guérison si l'on parvenait à rétablir la menstruation. Mais comment atteindre ce but, après un temps aussi long et tant d'essais infructueux? Je pen-

sai que les saignées générales, les applications de sangsues sur les parties affectées, les cautères et les vésicatoires, etc., avaient été plus nuisibles qu'utiles, en détournant la fluxion utérine. Il était évident qu'il fallait tirer du sang, pour diminuer les symptômes d'anévrysme et les congestions brusques qui s'opéraient tantôt sur un organe, tantôt sur un autre. Mais en pratiquant cette évacuation le plus près possible du lieu où elle aurait dû s'opérer spontanément, on pouvait produire vers l'utérus une fluxion artificielle, imitant le travail de la nature; et en répétant cette évacuation tous les mois, on pouvait habituer l'économie au retour de ces fluxions périodiques. D'après ces idées, je supprimai le cautère du bras et proscrivis toute espèce de médicamens; seulement, pendant les trois jours qui précédaient l'application des sangsues, la malade devait prendre douze à dix-huit grains d'aloës et autant de rhue en pilules; je recommandai un régime doux et léger; je continuai l'usage de la flanelle et fis comprimer le genou par un bandage de peau de chien lacé; j'exigeai enfin, quoiqu'il arrivât, qu'on ne fît rien dans l'intervalle des applications de sangsues.

M.lle V., douée d'un jugement exquis, saisit mes intentions avec une rare sagacité, et s'y soumit avec autant de confiance qu'elle avait jusqu'alors montré d'indocilité. Le lendemain, elle commença à prendre des pilules de rhue et d'aloës, douze grains de chaque, en trois doses, et le troisième jour elle appliqua dix-huit sangsues aux grandes lèvres; elles produisirent beaucoup de douleur et plusieurs petits abcès qui durèrent une quinzaine de jours. Cette circonstance qui affligeait beaucoup la malade me parut au contraire avantageuse.

Je partis peu de temps après pour Montpellier, où M.lle V.... m'adressa de temps en temps l'exposé de sa situation. Je ne la suivrai pas dans les détails; voici en somme ce qui arriva.

Trois mois s'étaient à peine écoulés, que les étouffemens diminuèrent; la face devint moins injectée, le genou moins rouge et moins volumineux, le gonflement œdémateux des mains et des pieds avait diminué. Six mois après, les varices des jambes avaient disparu, ainsi que les flueurs blanches et les dartres. Après la huitième application de sangsues, l'écoulement d'une petite quantité de sang par le vagin annonça le retour des règles. Comme les sangsues avaient toujours déterminé de violentes douleurs et des inflammations fort incommodes, la malade attendait impatiemment le moment où elle pourrait être délivrée de ce supplice périodique; mais je crus devoir insister; seulement je recommandai, pour ne pas entraver l'apparition naturelle des règles, de laisser passer le jour fixé pour l'application des sangsues, et de les mettre le lendemain, si les règles manquaient, ou si elles avaient été trop peu abondantes.

Cinq mois après, les règles étaient régulièrement rétablies, coulaient pendant deux ou trois jours, et revenaient quelquefois après l'application des sangsues; je persistai à en prescrire encore dix ou douze, immédiatement après que le sang aurait cessé de couler.

Un an après la première application des sangsues, les règles venaient assez abondamment pendant trois et même quatre jours. On continua encore à appliquer cinq ou six sangsues immédiatement après la disparition de l'écoulement. Les hémorrhoïdes avaient cessé; le genou était encore roide et douloureux, mais la malade marchait avec le seul secours d'une canne. La station ramenait bien, tous les soirs, l'infiltration et le gonflement variqueux des membres; mais le repos de la nuit faisait tout disparaître.

Au bout de dix-huit mois, M.lle V..... fut en état de faire un voyage d'agrément à Paris; elle boitait encore un peu, et ne pouvait faire de longues courses à pied. Le genou

était toujours un peu volumineux, mais jouissait d'autant de mouvemens que pouvait lui en permettre la genouillère en peau de chien.

Cinq à six mois plus tard, c'est-à-dire, deux ans après la première application de sangsues, M.lle V..... jouissait d'une santé parfaite. Son instruction et son caractère, qu'une longue maladie avait formés, rendaient sa société infiniment agréable. Elle fut recherchée en mariage; mais cette pensée l'effrayait. Des idées de dartres, d'humeurs, de rhumatismes, revenaient sans cesse à son esprit. Elle m'écrivit pour me demander si elle pouvait, en sûreté de conscience, accepter un établissement. Loin de l'en détourner, je l'y encourageai fortement. Depuis plus d'un an qu'elle est mariée, sa santé ne s'est pas dérangée.

Ces deux observations, différentes sous beaucoup de rapports, se ressemblent par la cause qui a donné lieu à l'affection du cœur, et par l'influence qu'a eue l'application périodique des sangsues sur la menstruation. Elles prouvent l'influence de l'habitude sur l'économie, et l'efficacité d'un traitement qui se rapproche, autant qu'il est possible, de la marche de la nature, en suppléant à la fonction supprimée, jusqu'à ce qu'elle soit rétablie.

Obs. III. — *A 4 ans, accroissement rapide; à* 10, *symptômes d'inflammation du cœur; à* 20, *symptômes d'hypersarcose sans rétrécissement, exaltation morale, épistaxis, somnolence, etc; neuf saignées copieuses et très-rapprochées; digitale. Au bout de cinq mois, guérison.* — Auguste D....., âgé de 20 ans, grand et fort quoiqu'élancé, d'une charpente osseuse fortement prononcée, mais recouverte de muscles grêles, à poitrine longue mais aplatie et peu étendue transversalement, développé très-rapidement à l'âge de quatre ans, eut à sept une variole répercutée, soit par l'ablution des pieds dans l'eau froide, soit par l'indigestion d'une grande quantité d'abricots. Le len-

demain, convulsion, perte de connaissance (*potion anti-spasmodique*). Seconde attaque le soir; congestion considérable vers la tête (*huit sangsues aux tempes*); amélioration subite. Le lendemain, retour de l'éruption.

A dix ans, à la suite d'un refroidissement considérable, douleurs violentes dans la région du cœur, accompagnées de sensations de froid très-difficiles à dissiper. Palpitations très-fortes et continues.—Application infructueuse de corps chauds sur le côté gauche, remplacée par un sinapisme. Déplacement de la douleur sur la région hypocondriaque gauche, puis sur l'épaule du même côté. Nouveaux sinapismes sur l'épaule, nouveau déplacement. Pendant un mois séjour au lit; dyspnée; gêne dans la parole; perte d'appétit; douleur précordiale, comparable à des coups de poignard. Rétablissement lent, difficile et incomplet. Depuis ce moment, développement progressif des symptômes d'anévrysme du cœur; changement notable dans le caractère; fréquentes impatiences; mobilité continuelle; irascibilité. Après le moindre excès en vin, café, augmentation de tous les symptômes pendant quatre à cinq jours. Tout effort prolongé des muscles, comme pour soulever des poids, pousser devant soi, sauter, etc., exercices dans lesquels le malade se plaît à déployer sa force; tout mouvement un peu actif, comme la marche ascendante, la course, la danse, et même toute veille prolongée, augmentaient les palpitations et l'étouffement.

Depuis l'âge de 18 ans, battemens du cœur plus étendus et plus forts, congestions fréquentes vers la tête, surtout après le repas et à la suite de toutes les impressions morales un peu vives. Somnolence habituelle; sommeil irrésistible pendant la digestion; épistaxis fréquente et très-abondante.

Autrefois doux et paisible, le malade est bruyant, turbulent, entêté et très-violent. Toujours sensible, aimant, et cependant susceptible et tracassier, il entre dans de

violens accès de colère pour la moindre cause. Ces accès, accompagnés de turgescence de la face, d'injection très-foncée de la peau, se terminent par un écoulement abondant de larmes, et sont ordinairement suivis d'un assoupissement profond. Obligé de renoncer à la société de ses amis et aux plaisirs de son âge, de se priver de vin, de s'observer jusques dans sa marche, le malade se dégoûte de la vie; sa mélancolie augmente par l'imprudence de quelques élèves en médecine qui lui font entendre que sa maladie est incurable.

Dans le mois de janvier 1824, il est affecté d'érysipèle phlegmoneux à la face, pour lequel je suis appelé.—*Saignée copieuse, diète, boissons délayantes*: guérison au bout de huit jours.

Au commencement de février 1824, à force de sollicitations, scs parens le déterminent enfin, comme nous en étions convenus, à venir me consulter pour son affection du cœur. Voici quel est son état:

Le nez et les joues sont fortement colorés, mais par plaques inégales et brusquement circonscrites. Cette coloration, quoique plus foncée qu'à l'ordinaire, n'est cependant pas encore bleuâtre; les lèvres ont leur couleur naturelle; la peau est chaude et couverte d'une douce moiteur; point d'infiltrations aux mains et aux pieds; les battemens du cœur, explorés à l'aide du cylindre acoustique, sont forts, brusques, fréquens, inégaux, et surtout très-étendus; on les entend jusques sous la clavicule gauche, dans presque tout le côté droit de la poitrine, et à l'épigastre; mais ils ne sont pas accompagnés du bruissement particulier qui annonce le rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique; pouls fort, dur, mais petit.

Il n'était guère probable qu'à vingt ans, les artères fussent ossifiées; à quelle cause pouvait-on donc attribuer le développement du cœur, si ce n'est à un défaut d'équilibre entre la masse du sang à mouvoir et le calibre des

artères. J'avoue cependant que le malade était loin d'offrir les apparences de la pléthore : la coloration de la face était souvent remplacée par une pâleur extrême ; le corps était maigre, la taille élancée, mince, le cou long ; mais d'un autre côté, les fréquentes épistaxis, la somnolence habituelle, l'exaltation des fonctions cérébrales, tout indiquait la saignée. J'en prescrivis une d'une livre environ, et je recommandai un régime doux et peu nourrissant. La saignée ne produisit aucun effet ni en bien ni en mal ; huit jours après, deuxième saignée d'une livre et demie environ. — Le malade n'en est point affaibli, mais n'en éprouve aucun soulagement notable ; tous les huit à dix jours, nouvelle saignée d'une livre à une livre et demie ; après la quatrième, le malade éprouva pour la première fois une amélioration sensible, mais momentanée ; après la cinquième et la sixième, il se sent plus fort, plus léger, plus dégagé ; la coloration de la face est plus naturelle, les palpitations sont moins fréquentes et moins fortes, mais elles n'ont pas beaucoup diminué d'étendue.

A cette époque, c'est-à-dire, au bout de deux mois, je commence à faire prendre au malade de la poudre de digitale à la dose de six grains par jour, que je porte ensuite jusqu'à vingt-quatre. Je laisse cinq jours d'intervalle entre la sixième et la septième saignée ; elle produit un effet plus marqué que les précédentes. Le malade sent renaître sa vigueur, son appétit et sa gaîté. Il commence à espérer une guérison solide. Un changement remarquable s'opère dans son moral, les mêmes causes ne produisent plus sur lui les mêmes effets. Il est étonné lui-même du calme avec lequel il supporte une foule de petites contrariétés qui auparavant l'auraient mis en fureur. Trois semaines après la septième saignée, le malade éprouve le besoin d'une nouvelle émission sanguine. Il se sent de nouveau oppressé, inquiet et irascible.

Huitième saignée plus efficace encore que les précédentes.

Un mois se passe dans un état de santé presque parfaite ; après quoi, les mêmes phénomènes commencent à se reproduire. — Neuvième saignée un peu moins forte que les précédentes.

Aujourd'hui, cinq mois après le commencement du traitement, les battemens du cœur sont à-peu-près revenus à leur état naturel, pour l'étendue, la force et pour la fréquence. Toutes les fonctions se font régulièrement. Le malade n'éprouve plus d'oppression ni de douleur dans la région précordiale. Il peut redresser sa poitrine, porte fortement la tête et les épaules en arrière, et fait dans cette position de fortes et longues inspirations, sans éprouver aucune sensation dans la région précordiale. Les joues sont colorées d'un rouge clair et fondu d'une manière uniforme. Il peut maintenant prendre impunément des bains domestiques qui lui causaient autrefois des étouffemens accompagnés de congestion cérébrale et de menace d'apoplexie. Il se regarde comme entièrement guéri ; mais je crois qu'il sera pendant longtemps encore assujetti à la nécessité de se faire tirer du sang à des époques de plus en plus éloignées, ou plutôt chaque fois que le besoin s'en fera sentir, ce qui doit diminuer progressivement, s'il ne s'écarte pas du régime qu'il a suivi jusqu'à présent.

Quelle a pu être la cause de l'hypersarcose du cœur? Le malade n'avait aucun des caractères qui distinguent les constitutions pléthoriques. Dans la crue rapide du corps, survenue tout-à-coup dans l'enfance, le calibre des artères des membres serait-il resté proportionnellement trop petit? L'espèce d'inflammation rhumatismale qui paraissait être fixée à l'âge de dix ans sur le cœur, seraitelle la cause première de l'augmentation de volume de cet organe? Cette supposition paraîtrait d'autant plus probable, que c'est immédiatement après cette maladie

qu'a commencé la série des symptômes d'affection du cœur. Quoi qu'il en soit, l'évènement a prouvé que l'orifice ventriculo-aortique était en effet libre, puisque le malade a guéri et qu'il existait un défaut d'équilibre entre les organes de la circulation et la masse de sang à mouvoir, puisque le malade a guéri par de nombreuses et abondantes saignées, faites à des époques très-rapprochées, et que ces saignées au lieu de produire de la faiblesse lui ont procuré un sentiment de force et d'agilité. Une chose bien digne de remarque dans cette observation, c'est l'influence qu'a eue l'affection du cœur sur le caractère du malade et sa susceptibilité morale ; changement qui a coïncidé avec de fréquentes épistaxis, une céphalalgie habituelle et une grande tendance au sommeil. J'ai fait remarquer ailleurs l'influence de l'hypersarcose du cœur par rétrécissement sur les inflammations et les hémorrhagies cérébrales; les conséquences physiologiques à déduire des différens cas que j'ai rapportés, se présentent trop naturellement pour que je m'y arrête.

Il résulte aussi des trois observations que je viens de rapporter, qu'on ne doit pas se hâter de regarder comme incurables les maladies organiques du cœur, chez les individus encore jeunes; qu'il faut autant que possible, pour établir les indications d'un traitement, remonter non seulement à l'organe malade, mais encore au mode d'affection de cet organe, à la cause première de tous ces désordres; qu'enfin le stéthoscope du professeur Laennec est indispensable dans l'exploration des organes renfermés dans la cavité de la poitrine.

Note sur une production cornée; par M. BERTRAND, *docteur-chirurgien de la Maison centrale de détention établie à Embrun, département des Hautes-Alpes.*

Marie de Laye, femme Hugues, native de Claussaye, département de la Drôme, fut condamnée par jugement criminel, le 25 nivose an x, à la réclusion. Depuis sa condamnation elle fut détenue dans la tour de Crest. De cette prison, elle fut transférée dans la maison centrale de détention de cette ville, où elle fut écrouée le 15 germinal an XIII. Dans le courant de prairial, même année, elle vint à l'infirmerie, où elle me fit voir une production cornée qu'elle portait sur la tête, et qui était située vers la partie un peu supérieure et postérieure de la bosse pariétale gauche. Alors je l'interrogeai sur l'époque de l'apparition de cette corne, sur son développement, ses progrès, et sur la longueur présumée qu'elle acquérait chaque année. Voici son récit exact : « Vers l'âge de 44 ans, j'éprouvai, en me peignant avec un peigne d'ivoire un peu fin, une légère douleur avec chaleur, en tout semblable à ce que l'on éprouve dans une petite écorchure. Ce sentiment douloureux se renouvelait chaque fois que je me peignais, et il me força plus tard à y renoncer. Quelques mois après, je m'aperçus qu'il se développait, sur la partie qui était autrefois sensible, une petite grosseur comme un pois, et sans douleur; mais depuis lors, elle a pris un accroissement tel, que vers l'âge de 52 ans, époque où je fus condamnée, elle avait déjà acquis la longueur d'environ 5 pouces. J'avais toujours tenu soigneusement cachée cette difformité et ne consultai personne; mais, à mon arrivée, forcée de m'approprier, je fus obligée de recourir à une de mes camarades pour me nettoyer la

tête ; ce fut alors qu'elle coupa avec un canif, ainsi que je l'avais déjà fait plusieurs fois, une portion de cette corne, sur sa longueur, où l'accroissement est beaucoup plus rapide.

Cette femme est âgée de 55 ans ; sa taille est de 5 pieds ; ses cheveux sont un peu durs et bruns, commençant à grisonner ; ses sourcils grands et bien fournis, offrent les mêmes nuances ; son front est carré, portant au-dessus du sourcil gauche deux verrues de la grosseur d'un petit pois ; ses yeux sont roux, son nez petit, sa bouche moyenne, le menton plat et alongé, et la figure longue. Elle est issue de parens sains et robustes, et jouit comme eux d'une robuste santé. Dès l'âge de 49 ans ses règles ont cessé de paraître, sans éprouver la plus légère indisposition ; sa peau est un peu basanée et rugueuse, elle sue rarement et peu ; ses ongles sont roussâtres et un peu bombés. Vivant au sein de sa famille, elle cultivait la terre durant la belle saison, et, dans la mauvaise, elle filait, au rouet, du chanvre ou du lin. C'est la seule occupation qu'elle ait depuis environ 4 ans dans les prisons. Après avoir examiné attentivement cette production, je la trouvai mobile, et n'appartenant qu'au cuir chevelu, je proposai l'opération, qu'elle accepta, le 15 prairial an XIII. A ces fins, j'entourai la base avec un cordonnet de coton fortement imbibé d'une dissolution de potasse caustique. Le 16 au matin, j'incisai l'escarre dans sa partie supérieure avec un bistouri convexe et la disséquai jusqu'à la partie inférieure de la base de cette corne. Un pansement méthodique fut pratiqué chaque jour. La malade fut parfaitement guérie le 5 messidor même année, et sortit de l'infirmerie. Le fragment enlevé offre une base oblongue avec de petits enfoncemens et de petites éminences qui répondaient au péricrâne, et des bords inégaux adhéraient au cuir chevelu. Il paraît qu'une suppuration sous-jacente, qui avait existé peu de mois auparavant, avait altéré cette organi-

sation contre nature ; sa direction était de haut en bas et de devant en arrière, recourbée dans le même sens.

J'ignore si quelque parent de la femme Delaye a présenté quelque chose d'analogue, si elle était mère de plusieurs enfans. Ce sont des questions omises de ma part. Cette femme est morte le 14 novembre 1811, environ six ans et demi après l'opération. Pendant ce long espace de temps, elle n'a plus rien offert de semblable, et a toujours joui d'une parfaite santé, jusqu'à l'invasion de la maladie qui a terminé ses jours.

On possède un assez grand nombre de productions cornées accidentelles sur presque toutes les parties de la peau, et conformées plus ou moins irrégulièrement; mais aucune n'a présenté la forme trifurquée, ni l'énorme volume de celle que porte un homme de Mexico, dont nous allons donner succinctement l'histoire.—Paul Rodriguez, emballeur, d'une haute stature et d'une constitution athlétique, avait la coutume d'aller constamment la tête soigneusement enveloppée d'un mouchoir, ce qui faisait supposer qu'il cachait ainsi une loupe volumineuse. Un jour qu'il travaillait dans un magasin, il fut renversé par un baril de sucre qui lui heurta violemment la tête, et il perdit connaissance. Transporté à l'hôpital Saint-André, on découvrit qu'il portait sur la partie latérale et supérieure de la tête, un corps dur qui n'avait pas moins de quatorze pouces de circonférence, qui se divisait en deux branches principales à quelques pouces de sa base, en formant deux grandes cornes recourbées en dedans et en avant, qui se prolongeaient plusieurs pouces au-dessous de l'oreille, l'une d'elles, située en arrière et plus haut, était rompue vers l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs, comme si le bout eût été emporté en éclats par un coup violent. A trois pouces environ de l'o-

rigine de la branche antérieure, il naissait une autre branche beaucoup plus petite, qui descendait sur le côté de la joue, en passant sur la saillie formée par l'os de la pommette qui en était recouvert. Son extrémité n'était distante que d'un pouce de celle de la branche moyenne qui était longue d'un pied, recourbée en avant comme une corne de bélier. Cette excroissance était de nature cornée; on observait à sa surface de nombreuses nodosités et des stries, comme si elle eût été formée de couches successives. Les portions qu'on en râclait, mises sur le feu, laissaient exhaler une odeur semblable à celle des parties cornées des animaux. La violence avec laquelle le baril frappa contre la branche postérieure, non seulement la rompit, mais ébranla la masse entière et fit plusieurs plaies aux tégumens. L'examen des parties blessées fit voir que cette énorme excroissance n'était nulle part adhérente aux os, mais que la peau qui l'avoisinait avait acquis beaucoup d'épaisseur, et donnait aux paupières et à la partie du front du même côté, une apparence de tuméfaction, et l'œil de ce côté ne pouvait être ouvert aussi complètement que l'autre. (*The medical Repository*, etc. — New-Yorck, 1820.)

Mémoire sur l'anatomie pathologique du péritoine; par SCOUTETTEN, *D.-M.-P.*, *chirurgien aide-major démonstrateur à l'Hôpital militaire de Toulouse, etc.* (III.me et dernier article.)

1.° *Altérations qui n'appartiennent pas à l'inflammation du péritoine, mais qui en sont la suite. — Des adhérences et des fausses membranes.* — Quoique l'inflammation ait disparu depuis long-temps, la membrane séreuse abdominale conserve fréquemment des traces bien visibles

de la lésion qu'elle a éprouvée ; on rencontre des adhérences ou des fausses membranes qui unissent les organes entre eux, gênent quelquefois leurs mouvemens et déterminent, chez le vivant, des douleurs qui peuvent devenir très-violentes. Quand ce sont des adhérences qui existent, on trouve, à l'ouverture du cadavre, les organes intimement unis entre eux; un tissu cellulaire assez dense les retient, et il faut souvent beaucoup de force pour pouvoir les séparer. Il n'est point très-rare d'observer de semblables adhérences entre le foie et la partie inférieure du diaphragme ; la rate en présente encore de plus fréquentes avec le péritoine de l'hypocondre gauche ; les intestins n'en offrent que fort rarement, ce sont presque toujours des fausses membranes qui les unissent. Ces adhérences m'ont paru se former sous l'influence d'une légère irritation chronique ; je crois qu'une vive inflammation aigüe ne pourrait les produire, la présence de la couche albumineuse qui en est toujours le résultat s'opposerait à ce que l'adhérence fût intime.

Les fausses membranes se reconnaissent facilement à leur étendue, à leur situation et à leur disposition :

On voit des feuillets celluleux d'une grandeur variable, placés sur un des points du péritoine, unissant accidentellement deux ou plusieurs organes, s'étendant irrégulièrement sans forme déterminée ; quelquefois ce sont des filamens isolés aussi déliés que des cheveux, d'autres fois ils sont rassemblés, entremêlés et forment une sorte de rets fort joli. Au lieu des filamens dont nous parlons, la fausse membrane peut avoir plusieurs lignes de largeur et même plusieurs pouces, c'est ainsi qu'on en rencontre parfois unissant les intestins au péritoine de la paroi antérieure de l'abdomen. Ces fausses membranes sont généralement incolores, transparentes, ayant la plus grande analogie avec le péritoine lui-même, dans quelques cas deux lames du tissu cellulaire sont séparées et contien-

nent un peu de substance albumineuse concrète, ou encore quelques vésicules hydatiformes. Elles n'ont pas toujours offert les caractères que nous venons de leur assigner; elles ont commencé par n'être que quelques villosités à peine visibles, formées par la sécrétion viciée de la portion de péritoine enflammée. Ces villosités deviennent par suite des prolongemens albumineux d'une épaisseur et d'une opacité assez grandes, mais qui finissent par être de moins en moins marquées à mesure que l'organisation se forme. Vers le vingt-unième jour, on aperçoit des filamens rougeâtres qui sont l'indice des vaisseaux qui se développent; Stoll est un des premiers qui les ait fait connaître; Baillie a réussi à les injecter; M. Dupuytren y est également parvenu avec la matière commune des injections; M. Villermé a répété ces expériences, et il a reconnu qu'on ne peut réussir complètement que quand les vaisseaux sont arrivés à leur quatrième période de formation.

Ces fausses membranes doivent être regardées comme produites constamment par l'inflammation du péritoine; on ne pourrait maintenant, sans absurdité, les attribuer à une autre cause: leur nombre peut être si considérable que tous les organes de l'abdomen se trouvent unis entre eux: j'ai rencontré ce cas chez une vieille femme qui avait eu plusieurs enfans, et dont les accouchemens avaient déterminé chaque fois l'apparition de la phlegmasie péritonéale.

2.° *Corps étrangers trouvés dans la cavité du péritoine, sans lésion extérieure.* — Lorsque par suite d'une phlegmasie de la membrane muqueuse intestinale, il s'est fait une perforation dans un de ces points, une partie des substances contenues dans le tube digestif, peut en sortir et tomber dans la cavité du péritoine. On conçoit qu'il serait presque impossible de désigner tous les corps qu'on peut alors rencontrer, ils doivent nécessairement

varier chaque fois qu'un cas semblable se présente ; mais parmi cette foule de corps qu'on ne peut énumérer, il faut distinguer les vers intestinaux qui ont souvent étonné les médecins observateurs, et ont donné lieu, pour expliquer leur présence dans la cavité du péritoine, à une hypothèse tout-à-fait inexacte. On a supposé que ces animaux pouvaient, à l'aide de succions répétées, perforer les membranes de l'intestin et se frayer ainsi un passage jusque dans la cavité de la membrane séreuse. Cette opinion, rejetée aujourd'hui par beaucoup de médecins, a été presque généralement admise autrefois, et compte encore un certain nombre d'adhérens. Mais si l'on considère que les vers intestinaux existent quelquefois en quantité innombrable dans le tube digestif sans produire la moindre érosion, qu'en outre ces insectes ne sont point armés de manière à pouvoir perforer les membranes intestinales dont la résistance est pour eux très-considérable ; si l'on considère également que, dans beaucoup de circonstances on a rencontré des ouvertures faites aux intestins sans qu'il existât un seul ver, on sera nécessairement conduit à penser que les ouvertures d'un des points du tube digestif ne sont produites que par une érosion inflammatoire, ce que démontrent la rougeur des tissus, les ulcérations environnantes, etc. ; et que les vers ne sont tombés dans la cavité du péritoine, que parce qu'ils ont trouvé une issue qui leur a permis de s'y insinuer.

3.° *Altérations qui ne sont pas la suite de l'inflammation du péritoine.* — *a Ecchymoses.* — Il n'est pas très-rare de rencontrer des ecchymoses sous-péritonéales ; leur nombre et leur étendue sont extrêmement variables : on les reconnaît à la couleur brune et même tout-à-fait noire du péritoine, formant une tache bien circonscrite sans auréole inflammatoire ; si l'on enlève le feuillet le plus superficiel de la membrane séreuse, on trouve le

tissu cellulaire rempli d'un sang noir, d'autant plus épais que l'ecchymose est plus ancienne. Si on lave la membrane, ce n'est qu'avec peine qu'on lui rend sa transparence habituelle, le sang paraît s'infiltrer dans les pores de son tissu. La grandeur des ecchymoses varie singulièrement : les unes sont à peine grandes comme une tête d'épingle, d'autres sont plus larges qu'une pièce de cinq francs. Le lieu qu'elles affectent est loin d'être constant ; je les ai trouvées partout, néanmoins elles existent plus fréquemment sur les intestins grêles qu'ailleurs ; j'en ai cependant vu sur les gros intestins, elles étaient d'une grandeur remarquable : celles que j'ai rencontrées entre les feuillets du grand épiploon étaient presque constamment fort petites. La cause de ces ecchymoses me paraît tenir à la rupture de quelque petit vaisseau, et je crois qu'elles ne se forment plus fréquemment sur les intestins que sur les autres parties, que parce que la membrane muqueuse de ces derniers, fort souvent irritée, attire le sang avec force, delà distension des capillaires, rupture de leurs parois, et effusion sanguine.

Colorations diverses produites par la bile, le sang, le foie, la rate.—Une des altérations cadavériques les plus fréquentes est la coloration en jaune du péritoine par la *bile* qui a suinté de la vésicule du foie. Cette coloration se trouve quelquefois bornée à la portion de péritoine qui touche immédiatement la vésicule ; d'autres fois elle s'étend au loin et se fait remarquer sur le grand épiploon, une portion de l'estomac, du duodénum, etc. L'intensité et l'étendue de la coloration sont généralement en rapport avec le temps depuis lequel la mort est arrivée ; peu d'heures après la cessation de la vie elle est nulle ou presque nulle. Il est encore certaines circonstances qui favorisent cette coloration en jaune ; je crois avoir remarqué qu'elle est plus rapide et plus prononcée chez les personnes qui ont succombé promptement à une vive inflammation gastro-

intestinale que chez celles qui périssent par suite d'une phlegmasie chronique ; dans ce dernier cas, la bile est généralement très-fluide, peu colorée ; elle ne teint pas aussi facilement les tissus ou au moins aussi distinctement. Le passage de la bile à travers les parois de la vésicule est un phénomène purement cadavérique ; il tient à ce que les tissus n'offrent plus la même résistance que durant la vie, les fluides les pénètrent, s'étendent de proche en proche par une véritable imbibition. Ce phénomène peut se prolonger durant plusieurs jours, mais il cesse peu d'instans après que l'abdomen a été ouvert ; le contact de l'air, desséchant les tissus, met évidemment obstacle à la progression du fluide.

Le sang peut encore colorer la membrane séreuse de l'abdomen ; plusieurs observations m'ont démontré ce fait : je vis chez un homme qui, dans un moment de délire, s'était jeté par la fenêtre, presque tout le péritoine coloré en rouge ; je crus d'abord à une inflammation qui aurait pu se développer pendant le peu d'heures qu'il a encore vécu ; mais en examinant avec plus d'attention, je reconnus que la rate s'était rompue, que le sang s'était épanché et avait coloré la membrane péritonéale. Un cas semblable s'est encore présenté à mon observation, le sang s'était aussi épanché de la rate, mais ici c'était par un ulcère développé spontanément sur cet organe. La couleur se dessinait en grandes bandes rouges, parcourant une partie de la surface libre des intestins ; la nuance était partout la même, on n'apercevait aucun vaisseau dilaté, il semblait qu'on avait donné cette teinte avec beaucoup de soin, car elle s'arrêtait subitement dans les points où le péritoine était en contact avec quelque partie. Quoique la nuance de coloration ne fût point intense, on ne pouvait cependant la détruire par un simple lavage. On pourrait peut être croire qu'il est difficile de distinguer le fait que nous indiquons d'avec les péritonites hé-

morrhagiques dont nous avons parlé plus haut : nous pouvons affirmer le contraire ; la source du sang est trop aisément reconnue, lorsqu'on ne se borne pas à des recherches superficielles, pour commettre une pareille erreur. D'ailleurs le péritoine est toujours sain quand la circonstance qui nous occupe se présente, il est toujours malade lorsqu'il existe une péritonite hémorrhagique.

La couleur rouge-brun, naturelle au foie, se communique dans certains cas, d'une manière très-sensible, aux portions de péritoine en contact avec lui. D'après mes remarques, je n'ai jamais vu que la portion inférieure de l'organe qui produisît ce phénomène; c'est donc la portion droite de la face supérieure et antérieure de l'estomac, ainsi qu'une partie du colon transverse qui se trouvent quelquefois colorées. Cette particularité se présente chez les sujets qui ont succombé à une phlegmasie très-intense de la membrane muqueuse digestive. Le retard qu'on peut apporter dans l'ouverture du cadavre en favorise encore le développement : on la distingue de l'inflammation, en ce qu'on ne remarque aucun vaisseau dilaté, aucune des petites taches sanguines qui existent fréquemment, ni aucune de ces dendroides qui la caractérisent si souvent ; on voit une couleur uniformément brunâtre, formant des plaques quelquefois distinctes, d'autres fois réunies, souvent sèches et parfois recouvertes d'un fluide rougeâtre, un peu visqueux, sortant évidemment du tissu du foie. La membrane séreuse n'est point épaissie, on peut la détacher facilement de la membrane musculeuse; si on la lave, la coloration diminue un peu, mais ne disparaît pas complètement Ce phénomène est purement cadavérique, je ne l'ai jamais observé chez les sujets ouverts peu d'heures après leur mort.

Ce que nous avons dit pour le foie et la vésicule biliaire est, en grande partie, applicable à la *rate*. Cet organe produit cependant plus rarement des taches sur le péritoine.

Quand elles existent, on les trouve vers le bas-fond de l'estomac; elles se présentent sous la forme de plaques rougeâtres, quelquefois un peu bleuâtres ou brunes; le plus ordinairement il n'en existe qu'une seule, d'autres fois on en rencontre plusieurs ensemble formant des taches marbrées fort singulières. Ce que nous avons dit pour distinguer de l'inflammation les taches formées par le foie, peut également s'appliquer à celles produites par la rate : ainsi l'on ne voit point l'injection des vaisseaux, le péritoine n'est point épaissi, on peut le détacher avec assez de facilité de la membrane musculeuse, etc. Il y a de remarquable que ces taches ne sont produites que par la face concave des organes indiqués; du moins tel est le résultat de mes observations.

4.° *Fluides contenus accidentellement dans la cavité du péritoine. — Les gaz.* La cavité du péritoine, ainsi que celle des autres membranes séreuses, peut renfermer des gaz : les auteurs anciens regardaient ce phénomène comme très-fréquent, mais les ouvertures de cadavres ont démontré leur erreur. Willis et Littre soutenaient même que la chose est tout-à-fait impossible, mais leur opinion exclusive fut combattue par M. Portal, et antérieurement par Combalusier. Les gaz qu'on rencontre dans la cavité du péritoine peuvent avoir plusieurs sources différentes; ils s'échappent quelquefois d'une ouverture accidentelle survenue à l'intestin ou à l'estomac, ils sont alors en petite quantité, et leur odeur décèle très-souvent leur origine. D'autres fois ils sont le produit de la phlogose du péritoine; la sécrétion peut en être fort abondante, distendre fortement l'abdomen, et former la véritable tympanite péritonéale. Lorsque c'est à cette cause que les gaz doivent leur formation, ils sont ordinairement accompagnés d'un épanchement de liquide. Les fluides gazeux peuvent encore être sécrétés sans cause déterminante apparente; M. Portal en rapporte plusieurs exemples fort remar-

quables (1); il cite l'observation d'un homme âgé de soixante ans, regardé comme hydropique, et chez lequel, à l'ouverture du cadavre, il ne s'échappa de l'abdomen qu'une grande quantité d'air qui fit une petite explosion; cet air répandit une mauvaise odeur; on ne put remarquer aucune altération dans les organes du bas-ventre.

Le même auteur rapporte l'observation d'une femme qui, au moment où l'on se disposait à pratiquer la ponction, vit son ventre s'affaisser presque subitement, sans s'apercevoir d'aucune évacuation sensible. P. Frank admet la possibilité de la tympanite péritonéale, et dit qu'il est arrivé quelquefois qu'après la ponction, dans une ascite présumée, il s'est échappé, avec sifflement, de l'air au lieu d'eau(2). Dans le grand nombre d'ouvertures que j'ai faites, je ne suis bien sûr, qu'une seule fois, d'avoir rencontré de l'air sécrété par le péritoine, sans présenter aucune altération de son tissu : la quantité en était peu considérable. Il paraît, d'après les remarques de M. Ribes, que quand on ouvre avec précaution les cavités séreuses d'un animal vivant, il s'en échappe des fluides élastiques au moment où le scalpel y pénètre. Je n'ai point vérifié ces observations, mais j'en admets facilement l'exactitude; connaissant la température du corps, on peut croire à la vaporisation d'une partie de la sérosité sécrétée.

Les liquides. 1.° *La bile.* — Les ruptures de la vésicule biliaire ou de ses canaux, déterminées par de fortes contusions de l'abdomen ou par la perforation de cette cavité avec un instrument tranchant, se sont présentées un grand nombre de fois à l'observation des médecins; Morgagni et Lieutaud en rapportent beaucoup d'exemples : dans ces cas la bile doit nécessairement s'épancher dans le péritoine et déterminer des accidens graves qui entraînent la mort.

(1) *Anat. médic.*, tome 5, page 112.

(2) *Médec. pratiq.*, tome 4, page 43, traduct. de Goudareau.

Ces observations n'ont rien d'extraordinaire, et nous n'y insistons pas. Mais il se présente une autre circonstance qui permet à la bile de s'épancher dans l'abdomen; c'est lorsqu'il se fait une rupture spontanée à la vésicule ou à ses vaisseaux; ce cas est bien plus curieux et bien plus intéressant; la science en possède plusieurs exemples qui en démontrent la possibilité. On trouve, dans l'anatomie médicale de M. Portal, l'histoire d'un homme qui, après avoir éprouvé de violentes coliques, mourut le deuxième jour de l'apparition de ces accidens. A l'ouverture du corps, on rencontra environ une pinte de bile dans la cavité du péritoine, lequel présentait des érosions dans plusieurs endroits; il y avait à la partie inférieure de la vésicule du fiel une ouverture dans laquelle on aurait pu introduire le bout du pouce; sa cavité était très-ample; le canal cystique était entièrement oblitéré et comme ligamenteux. Il existe une autre observation analogue, rapportée par M. *Martin-Solon*, dans l'ex-*Nouveau Journal de médecine*, etc. L'homme qui en est le sujet, après avoir éprouvé une maladie très-grave dont il se rétablissait, ressentit tout-à-coup de violentes douleurs abdominales que rien ne put calmer, et qui entraînèrent bientôt la mort du malade. A l'ouverture du cadavre on trouva la vésicule biliaire rompue, un épanchement de bile et l'inflammation aiguë du péritoine. J'ai également eu occasion de rencontrer un épanchement de bile dans la cavité abdominale d'un soldat qui, après avoir éprouvé une gastro-entérite aiguë très-violente dont il était sur le point de guérir, présenta tout-à-coup les symptômes d'une péritonite qui le fit succomber promptement. A l'examen du cadavre, je trouvai dans l'abdomen un épanchement de bile assez considérable; je crus d'abord avoir ouvert la vésicule biliaire en enlevant les parois abdominales, mais je reconnus que j'étais dans l'erreur et que la bile s'était échappée par une érosion survenue au canal cholédoque.

La rupture de la vésicule biliaire ou de ses canaux peut encore être déterminée par la présence d'un calcul qui en oblitérant le passage, force le liquide à demeurer dans son réservoir; ce séjour prolongé finit par déterminer l'inflammation des tuniques, puis leur ramollissement et leur rupture.

Les accidens qui en sont la suite ne pourront être reconnus que bien rarement : tout ce qu'on pourra affirmer du vivant de l'individu, est l'existence de la péritonite aiguë; et, si dans ces cas fâcheux tout espoir n'est point perdu, la seule chose à faire est de la combattre par les moyens ordinairement mis en usage dans les inflammations aiguës.

2.° *L'urine.* — Les épanchemens d'urine peuvent être déterminés par des lésions extérieures; mais sans parler de ces causes que nous négligeons à dessein, il existe une foule de circonstances qui amènent cet accident. La présence d'une sonde placée dans la vessie, et appuyée contre ses parois, finit souvent par les percer et par occasionner l'épanchement d'urine dans la cavité péritonéale. Les ulcérations qui surviennent à la membrane muqueuse vésicale parviennent quelquefois à la détruire complètement et à produire le même résultat. La vessie peut encore se rompre par l'effet d'une forte distension, ainsi qu'on l'a observé dans des cas de rétention d'urine. Quelle que soit la cause qui a donné lieu à l'épanchement d'urine dans la cavité du péritoine, on en reconnaîtra la présence à l'odeur particulière qu'elle exhale, à la couleur qu'elle présente, et à l'existence de l'ouverture qui lui a livré passage.

3.° *Le chyle.* — S'il n'est point extraordinaire de rencontrer dans la cavité du péritoine les divers fluides dont nous venons de parler, il est bien plus rare d'y trouver l'épanchement du chyle : ce cas s'est cependant présenté plusieurs fois à l'examen des observateurs : *Morgagni* parle d'un fait de ce genre; *Littre* rapporte, dans les mémoires

de l'Académie des Sciences de Paris, une observation qui paraît démontrer que les vaisseaux chylifères peuvent, par leur rupture, laisser former une accumulation assez considérable du fluide qu'ils contiennent habituellement. Ce que dit Lieutaud à ce sujet, dans son article *hydrops lacteus*, me paraît beaucoup moins prouvé que ce qui est rapporté dans l'observation précédente. Comment admettre, en effet, ainsi que le font cet auteur et M. Portal, dans son *anatomie médicale*, que le fluide était du chyle, puisqu'on n'a porté ce jugement que sur l'aspect seul de la liqueur qui sortait par la canule du trois-quarts? Sans nier la possibilité des épanchemens chyleux, que quelques auteurs paraissent avoir réellement observés, je crois qu'ils sont très-rares, et que, pour ne pas commettre d'erreur, on devra s'assurer de la source qui a fourni le liquide.

4.° *Le pus.* — A l'ouverture des cadavres on trouve quelquefois, dans l'abdomen, une quantité de pus assez considérable : quand on l'enlève on reconnaît que le péritoine n'est point malade, que conséquemment il ne peut avoir été sécrété par cette membrane ; les caractères qu'il présente ne laissent d'ailleurs aucun doute à ce sujet; il faut donc en chercher la source dans quelque autre organe. Dans le plus grand nombre des cas, c'est un abcès dans le foie, ouvert du côté de l'abdomen; d'autres fois c'est la rate ou bien encore les ganglions du mésentère, comme Haller a eu occasion de l'observer, qui fournissent l'épanchement de pus. Il est bien plus rare de voir venir ce fluide de l'intérieur de la poitrine; j'ai cependant eu occasion de recueillir une observation de ce genre. Chez un homme, qui depuis plusieurs mois présentait les signes les plus évidens d'une collection de liquide dans la poitrine, on reconnut les symptômes d'une péritonite, qui se développa presque tout-à-coup, et, quoiqu'ils fussent peu intenses, ils suffirent pour déterminer la mort. A l'ouverture du cadavre je trouvai plus d'un litre de pus

épanché dans l'abdomen; surpris de ce fait singulier, je fis mes recherches avec soin et je reconnus bientôt que le diaphragme était percé en deux endroits; la plus large des ouvertures était placée sur le bord postérieur de ce muscle et à la partie moyenne du côté gauche; la seconde était située un peu au-devant de la précédente; elles avaient été produites par des ulcérations formées sur la plèvre diaphragmatique.

Ces collections de pus peuvent être très-abondantes, Bonet rapporte l'observation d'un homme âgé de 50 ans dont l'abdomen contenait plus de dix litres de fluide. Si l'on en croit quelques auteurs, ces épanchemens peuvent être beaucoup plus considérables; selon eux, quelques-uns ont été évalués à quarante livres : sans vouloir nier ces faits, je pense qu'il ne serait pas inutile qu'ils fussent appuyés par des observations nouvelles.

5.° *L'eau de l'amnios.* — Il s'est présenté plusieurs fois des cas où l'eau de l'amnios a pu s'épancher dans la cavité péritonéale. Cette circonstance a lieu lorsque la matrice se rompt vers son bas-fonds, et qu'elle laisse échapper dans l'abdomen le produit de la conception. On a recueilli sur ce fait des observations assez nombreuses; il en existe quelques-unes dans les journaux de médecine; le Dictionnaire des Sciences médicales en contient un exemple fort remarquable; les ouvrages de *Lieutaud*, de *Muller*, de *Haller*, etc., en contiennent plusieurs observations. Outre l'eau de l'amnios, on peut encore trouver, dans la cavité du péritoine, le fœtus et ses enveloppes; les recueils de médecine possèdent aussi plusieurs exemples de ce fait.

6.° *L'eau des hydropisies.* — Les lésions organiques que M. *Broussais* désigne par le nom d'obstacles à la circulation, ainsi que les entéro-colites chroniques, peuvent être cause d'épanchement séreux dans la cavité abdominale. L'inflammation n'est pour rien dans ces collections

d'eau; des recherches multipliées m'ont prouvé qu'elles ne dépendent que du défaut d'équilibre entre l'absorption et la sécrétion. J'avais d'abord quelque répugnance à admettre l'existence de cette sorte d'épanchement, mais il ne m'est plus permis maintenant d'en douter. Cependant il ne faut pas croire que cet état soit fréquent; l'accumulation d'eau est due bien plus communément à une péritonite chronique primitive; et comme les altérations de tissu sont peu prononcées, elles sont presque toujours négligées par les observateurs. Ce que nous avons dit sur le péritoine peut aussi se rencontrer pour la plèvre, et, quelle que soit l'opinion qu'on ait avancée dans ces derniers temps, la vérité est que j'ai vu et que j'ai fait voir, dans un cas d'obstacle à la circulation, le poumon déprimé par une assez grande quantité de sérosité contenue dans la plèvre, sans que celle-ci fût malade.

La quantité de liquide épanché dans l'abdomen varie singulièrement; quelquefois elle n'est que de quelques onces, d'autres fois elle est de plusieurs livres; on trouve sur ce sujet des observations étonnantes. Un journal de médecine rapporte qu'on fit cent soixante-cinq ponctions à une femme affectée d'ascite, que vingt-trois fois l'évacuation fut due au bienfait de la nature qui opéra la résorption du liquide; on évalue la totalité de sérosité tirée de cette femme à 10,275 pintes.

La nature du liquide contenu dans le péritoine ne varie guères dans le cas d'ascite; il est limpide, transparent, quelquefois d'une couleur opaline; rarement on y trouve des caillots fibrineux.

7.° *Hydropisies enkystées.* — La collection d'eau dont nous venons de parler, au lieu de se trouver dans la cavité du péritoine, peut se former entre les feuillets du mésentère ou des épiploons; on a vu les lames de ce dernier suffisamment écartées pour contenir plus d'un litre de liquide : il est plus rare d'en rencontrer entre les feuillets

du mésentère. Les auteurs désignent encore par hydropisies enkystées, les collections de liquide qui se forment entre le péritoine et les muscles abdominaux. Les appendices épiploïques dispersés sur le gros intestin présentent fréquemment une sorte d'infiltration qui leur donne un aspect gélatiniforme très singulier : si l'on y fait une légère incision, le fluide en sort avec facilité : c'est dans les affections chroniques de l'abdomen qu'on rencontre cette particularité. On trouve quelquefois encore, entre les feuillets de l'épiploon, des vésicules jaunâtres, arrondies, d'une grosseur variable, mais ne dépassant pas celle d'une aveline ; elles ressemblent assez bien à des hydatides, et souvent elles ont été prises pour telles par une foule de médecins ; le tissu péritonéal qui les environne paraît sain dans le plus grand nombre des cas. Je ne sais à quelle cause on doit rapporter leur formation.

Quant aux véritables hydatides, je n'en ai jamais rencontré qui se fussent développées dans l'intérieur de la cavité péritonéale ; je crois que les autres observateurs n'ont pas été plus heureux.

8.° *Distension anomale du péritoine.* — Il n'est que trop fréquent de voir, par suite d'une violence extérieure, quelqu'un des viscères contenus dans l'abdomen faire saillie au dehors, et constituer ce qu'on désigne par le nom de hernie ; le péritoine alors se trouve tiraillé et environne les organes déplacés ; on sait, en effet, à n'en plus douter aujourd'hui, que la membrane séreuse n'éprouve point de rupture, comme le supposaient les auteurs anciens. Le péritoine, ainsi tiraillé, peut être entraîné par toutes les ouvertures naturelles et accidentelles des parois abdominales ; il forme alors une espèce de poche dont la forme peu variable peut offrir mille particularités pathologiques qu'il importe beaucoup au médecin opérateur de connaître exactement ; mais comme elles ne se rapportent qu'indirectement à l'étude de l'anatomie pa-

thologique du péritoine, je me contente de les indiquer, et je renvoie, pour les détails, au chapitre sur les hernies, du Traité d'Anatomie pathologique de M. Cruveilhier, qui a traité cette partie avec beaucoup de soin.

9.° *Anomalies de structure du péritoine.* — Le péritoine n'offre que rarement des anomalies dans sa structure; la plus remarquable que j'aie observée se présenta chez un fœtus à qui la moitié gauche du diaphragme manquait; le péritoine, dans cet endroit, présentait une ouverture qui laissait communiquer l'abdomen avec la poitrine.

Une autre anomalie assez singulière est celle que je vis sur le cadavre d'un militaire âgé de 24 ans: il existait sur ses intestins grêles un de ces appendices digitiformes qui s'y rencontrent quelquefois; de là s'élevait une lame du péritoine d'un pouce de largeur, et de plus de douze de longueur, présentant quelque analogie avec le repli falciforme du foie; elle venait s'insérer sur la partie interne de l'ombilic où elle se perdait insensiblement.

Il existe sans doute plusieurs autres anomalies de structure du péritoine, mais je n'ai pas eu occasion de les observer.

On pourrait maintenant ajouter aux altérations du péritoine que nous avons décrites, l'énumération des accidens qui lui surviennent par cause externe; mais comme on ne saurait présenter que des faits isolés, variables comme la cause qui les produit, nous nous abstiendrons de rapporter les nombreuses observations de coups de sabre, d'épée, de cornes de taureau, etc., qui ont déchiré le péritoine, nous ne trouverions là aucun objet qui puisse intéresser véritablement l'anatomo-pathologiste.

Rapports sympathiques du péritoine produits par l'inflammation. — Si l'on n'étudiait l'anatomie pathologique que pour découvrir les altérations multipliées que les tissus peuvent subir, cette science joindrait au dégoût

qu'elle offre naturellement, l'inutilité la plus complète. Que servirait au médecin de connaître les caractères divers des innombrables variétés des dégénérations des organes, s'il ne parvenait à en tirer des conséquences pratiques fort importantes? Si ses études ne le dirigeaient pas dans ce but, il ne remplirait que le rôle d'un naturaliste maladroit, recueillant tous les objets qu'il rencontre, les rangeant avec beaucoup de soin, mais au hasard, et sans jamais reconnaître les rapports qui les unissent entre eux.

L'anatomo-pathologiste doit suivre une autre route s'il veut retirer de ses longs et pénibles travaux tous les avantages qu'il a droit d'en attendre; il faut qu'il n'accorde pas une importance trop grande aux formes multipliées des tissus altérés; il faut qu'il s'attache principalement à rechercher la cause des altérations, et qu'il cherche à reconnaître les rapports sympathiques qui les unissent.

L'anatomo-pathologiste ne doit pas négliger cependant les détails, même minutieux, dans lesquels on peut entrer lorsqu'on fait la description d'un tissu altéré; son intention alors doit être de faire mieux connaître la structure normale des organes en indiquant avec soin tout ce qui s'en éloigne.

Les médecins qui ne partagent pas cette opinion ne pourront jamais créer qu'une anatomie pathologique pleine d'entités factices, à l'étude desquelles ils sacrifieront des momens précieux, et n'obtiendront que des résultats complètement erronés. La marche suivie depuis quelque temps a déja produit les inconvéniens les plus graves; chaque jour on voit paraître la description d'une altération prétendue nouvelle, à laquelle on joint l'énumération d'un grand nombre de symptômes, et l'on veut, par cet ensemble, créer une maladie particulière qu'on croit ne pouvoir rejeter, puisqu'elle paraît appuyée sur l'anatomie pathologique. Si les médecins qui ont adopté

de semblables erreurs, s'obstinent à ne point les reconnaître, ils formeront bientôt une ontologie nouvelle dont le cadre nosologique sera bien plus considérable que celui de *Boissier de Sauvages*.

Je le répète, ce n'est point la forme variée des altérations qu'il faut étudier; c'est la cause qui les a fait naître qu'il faut rechercher : sans cela, point de véritable médecine; on recueillera des faits, mais ils seront sans ensemble; aucun lien ne les unira.

Ces réflexions très-courtes mériteraient de longs développemens, mais elles suffisent pour faire connaître ma pensée, et pour expliquer les motifs qui me font ajouter à l'anatomie pathologique du péritoine les rapports que l'inflammation de cette membrane peut avoir avec celle des autres organes.

1.° *Rapport de l'inflammation du péritoine avec les autres membranes séreuses.* — Par rapport d'inflammation, j'entends la liaison sympathique qui s'établit immédiatement entre des organes plus ou moins éloignés; telle est l'union intime qui existe entre la membrane muqueuse gastro-intestinale et la méningine. Cette disposition particulière ne se présente pas pour tous les organes; il n'est pas très-rare de rencontrer dans les cadavres plusieurs parties malades à la fois, sans qu'on puisse l'attribuer à une cause sympathique: telles sont, par exemple, une pneumonie et une péritonite, etc.

Pour distinguer cet état des précédens, je l'indique par le mot de *coïncidence;* ainsi il y a *rapport sympathique* quand l'affection d'un organe entraîne presque constamment celle d'un autre organe plus ou moins éloigné; il y a *coïncidence*, quand deux ou plusieurs organes sont malades à la fois et d'une manière accidentelle.

D'après ces définitions, je puis dire que je ne connais aucun rapport sympathique véritable entre les membranes séreuses. J'ai souvent ouvert des individus morts d'une

péritonite aiguë, et je n'ai que rarement rencontré l'altération des autres membranes du même genre; aussi j'ai rarement vu la pleurésie aiguë coexister avec la péritonite aiguë; la péricardite aiguë est encore plus rare; la méningite est plus fréquente; on trouve les vaisseaux de la pie-mère rouges, gorgés, véritablement enflammés; mais cette disposition est loin d'être commune.

Si nous joignons aux membranes séreuses les capsules synoviales, qui s'en rapprochent sous tant de rapports, nous ne voyons encore rien de constant: quelquefois, il est vrai, les péritonitiques ressentent de vives douleur dans les articulations du genou ou de la cuisse; mais l'examen cadavérique ne laisse que très-rarement découvrir de faibles traces d'inflammation dans ces parties.

Ce que nous venons de dire pour l'inflammation aiguë n'est point tout-à-fait appliquable à l'inflammation chronique du péritoine: il n'est point très-rare, en effet, de rencontrer des cadavres qui présentent une péritonite chronique accompagnée de pleurite, de péricardite ou de méningite chroniques. Mais ici doit-on attribuer cette coexistence à un effet sympathique ou à la disposition particulière des individus? Je suis assez porté à admettre cette dernière opinion: on sait en effet que, chez les personnes qui ont une organisation lymphatique, on voit tous les tissus blancs s'altérer peu à peu sans qu'on puisse l'attribuer à une action sympathique; quand un ganglion se gonfle chez un scrofuleux, on en voit souvent une foule se développer en très-peu de temps, sans qu'on puisse reconnaître d'autres causes qu'une simultanéité de petites irritations locales.

Ce que nous venons de dire pour l'altération du tissu des membranes séreuses, me paraît appliquable aux épanchemens de liquide qui peuvent avoir lieu dans leur cavité: ainsi chez un sujet qui a succombé à une pleurésie chronique, on trouve souvent de l'eau épanchée dans la

cavité du péritoine ; on pourrait croire que c'est par un effet sympathique qu'il y a augmentation de l'exhalation dans les deux cavités séreuses ; mais si l'on analyse tous les phénomènes, on trouve que la cause n'existe que dans le renflement du poumon occasionné par la pression du liquide accumulé dans la poitrine, et que conséquemment c'est à l'obstacle à la circulation qu'il faut la rapporter.

Nous n'avons jamais trouvé le moindre rapport entre l'inflammation du péritoine et celle de la membrane séreuse rachidienne.

2.° *Rapport de l'inflammation du péritoine avec les membranes muqueuses.* — Un fait fort remarquable est le rapprochement de position que présentent, dans une grande étendue, les membranes séreuses avec les membranes muqueuses, et le peu de rapport qu'offrent leurs altérations.

L'inflammation de la plèvre semble cependant entraîner fréquemment celle du poumon ; mais remarquons que c'est par contiguité de tissu et non par sympathie que la phlegmasie se développe.

Une forte inflammation du péritoine peut aussi se propager jusque sur la membrane muqueuse gastro-intestinale, mais dans le plus grand nombre de cas le contraire a lieu.

Il n'est pas très-rare encore d'observer, pendant la vie, des phénomènes évidens d'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, puis de voir paraître des signes certains de péritonite, et de ne rencontrer, à l'ouverture du cadavre ; des altérations que sur la membrane séreuse. Ces remarques ne sont pas nouvelles, une foule d'observateurs les ont déjà faites, et l'on en pourrait presque conclure que ces membranes, loin d'offrir des rapports sympathiques d'irritations, présentent plutôt une disposition contraire.

On sait que, quand le péritoine est enflammé dans le point qui recouvre la vessie, souvent cette poche ne peut plus se contracter, les urines s'accumulent, et si, après la mort on en examine la membrane muqueuse; il n'est pas rare de la trouver phlogosée. On pourrait peut-être croire à l'existence d'un rapport sympathique, mais il est évident que l'inflammation de la membrane muqueuse vésicale ne tient ici qu'au séjour prolongé de l'urine dont les principes irritans s'accroissent nécessairement dans cette circonstance.

3.° *Rapport entre le péritoine enflammé et les organes parenchymateux.* — Il pourra paraître étonnant que la phlegmasie du péritoine détermine quelquefois des accidens d'une nature extrêmement grave, et qui attestent la part active que prennent plusieurs organes parenchymateux au trouble de l'économie, et que dans le cadavre, on ne rencontre que rarement des altérations évidentes dans d'autre tissu que celui de la membrane séreuse: ainsi l'on sait qu'il est fort fréquent, dans une péritonite un peu intense, de voir survenir des vomissemens; la bile est rejetée quelquefois en grande quantité, ce qui prouve que le foie se trouve dans un état d'excitation marqué; souvent encore le délire survient et s'accompagne de plusieurs autres accidens nerveux. Si dans ces cas la mort vient mettre fin aux souffrances du malade, et qu'on ouvre le cadavre, on trouve que le foie n'a éprouvé aucun changement appréciable, que le cerveau n'offre aucune altération dans sa texture, que la rate est dans un état d'intégrité parfaite, et que les poumons n'ont subi aucune modification morbide.

Tel est le résultat le plus fréquent; il peut cependant arriver qu'il y ait coïncidence d'inflammation d'un des organes parenchymateux avec celle du péritoine, mais cette circonstance ne peut jamais être considérée comme l'effet direct de la phlegmasie de la membrane séreuse abdominale.

4.° *Rapports de l'inflammation du péritoine avec les ganglions du mésentère.* — Placés entre deux feuillets de la membrane séreuse péritonéale, il semblerait, au premier aperçu, que les ganglions du mésentère dussent ressentir d'une manière bien directe l'influence de l'inflammation du péritoine; cependant il n'en est rien. Le tissu de la membrane séreuse peut se trouver fortement phlogosé, recouvert de fausses membranes très-épaisses, et les ganglions n'offrir aucune altération sensible. Cette particularité est peut-être une des plus curieuses de l'anatomie pathologique; elle appuie, d'une manière puissante, l'isolement des tissus que *Bichat* nous a si bien présenté; elle prouve que la contiguité n'est point le lien dont se sert la nature pour établir les rapports entre les organes, elle démontre qu'une autre loi y préside, et que nous en ignorons encore le principe.

Il peut cependant arriver quelquefois qu'on rencontre le gonflement morbide des ganglions, lors de l'inflammation du péritoine; mais, dans ce cas, l'examen attentif des tissus démontre l'existence préalable d'une phlegmasie de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Cette circonstance demande beaucoup d'attention de la part de l'observateur; des recherches incomplètes le conduiraient indubitablement à l'erreur, et lui feraient adopter des conséquences complètement fausses. On ne saurait trop faire ressortir ces sortes de méprises; elles sont journalières; elles tiennent, non à la mauvaise foi, mais au peu d'habitude que les médecins ont d'ouvrir les cadavres, et à la légèreté avec laquelle ils les examinent.

De ces considérations assez rapides, il résulte 1.° que l'inflammation du péritoine n'exerce aucune influence sympathique marquée sur les autres organes ou tissus de l'économie; 2.° que si l'on rencontre, avec la péritonite, des lésions d'autres parties, on ne doit les considérer que comme une coïncidence indépendante de tout effet sympathique.

Si nous faisions maintenant un examen inverse de celui que nous venons de présenter, nous trouverions que l'inflammation des autres organes n'est point ressentie sympathiquement par le péritoine ; ainsi l'inflammation des plèvres, du poumon, des intestins, du foie, etc., n'entraîne pas la péritonite. Si cette phlegmasie survient durant les cystites et les métrites, ce n'est encore que par contiguité de tissu : l'inflammation chemine peu à peu, et quand elle est arrivée au péritoine, elle s'y développe dans un point, bientôt elle éclate et devient générale.

Ces remarques nous mènent encore à conclure que les membranes séreuses ne jouent dans l'économie qu'un rôle secondaire, c'est-à-dire, que leur action n'est que locale, que le reste de la machine ne reçoit d'elle aucune influence marquée. Si nous nous livrions à des considérations de ce genre sur l'anatomie pathologique, nous ferions voir qu'il n'en est point ainsi des organes importans; que l'inflammation du cerveau, de la membrane muqueuse gastro-intestinale entraîne toujours des altérations sympathiques évidentes, et nous parviendrions ainsi à prouver que plus les organes remplissent des fonctions essentielles, plus leur lésion détermine de sympathies pathologiques.

Observation sur une asphyxie produite par le développement d'une tumeur dans le larynx; par G. Ferrus, *médecin de l'hospice de la Salpétrière.*

Marie-Anne T.***, âgée de 40 ans, fut admise à l'hospice de la Salpétrière, en juin 1820, comme atteinte d'une mélancolie-suicide (elle avait tenté de se couper la gorge); mais durant un long séjour dans cette maison, elle n'offrit pas le moindre indice d'aliénation mentale. Cette fille, ainsi que l'ont appris quelques informations

ultérieures, avait toujours eu des désirs vénériens très-vifs, et qui devinrent plusieurs fois la source de violens chagrins : il paraît que c'est dans une de ces conditions qu'elle attenta à sa vie. Peut-être alors sa raison était-elle aussi altérée par des excès de boissons alcoholiques pour lesquelles elle avait encore un penchant presque irrésistible.

La constitution assez robuste de Marie-Anne T.***, et sa bonne volonté, la firent bientôt employer dans le service de la division des aliénées. Cependant dès le premier jour de son entrée à la Salpétrière, on avait remarqué que son timbre vocal était faible et peu clair, ce que ses compagnes indiquèrent ensuite en disant qu'elle avait une extinction de voix. Depuis dix-huit mois, ce symptôme augmenta peu-à-peu, mais d'une manière continue, et il s'en joignit d'autres toujours tirés des fonctions respiratoires. L'inspiration était haute et difficile; la face habituellement injectée; les yeux brillans et largement ouverts; en un mot, il semblait, à telle heure qu'on la vît, que cette malade éprouvait ou venait d'éprouver un accès d'asthme. Il y a environ un mois, que des douleurs à la gorge, vers l'ouverture supérieure du larynx, se firent sentir pour la première fois : avant ce temps, la respiration était gênée, et dès-lors elle fut pénible; une congestion cérébrale devint même imminente. M. Esquirol chercha à combattre ces accidens par les saignées générales et locales; mais il semblait que le soulagement obtenu par l'emploi de ces moyens préparait un surcroît dans l'intensité de la maladie; elle offrit alors, s'il est permis de dire, des espèces de paroxysmes.

Marie-Anne T.*** était depuis quelques jours déjà dans ce fâcheux état, lorsque l'absence de mon collègue, M. Esquirol, me fit prendre le service de la division à laquelle elle était attachée. L'intensité des symptômes toujours croissante commandait une détermination prompte, et ce-

pendant nul signe spécial ne montrait celle qu'il fallait choisir. Il était facile de comprendre que tous les phénomènes morbides étaient dus à la difficulté de la respiration, qu'il y avait un obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons; mais, comment reconnaître la nature et le siège de cet obstacle, avions-nous affaire à une angine laryngée? L'état de la respiration pouvait le faire penser: toutefois cette idée a bientôt été détruite quand nous fûmes assurés qu'il n'y avait point de fièvre, point de rougeur dans le pharynx, et que la douleur n'était point augmentée par la pression. Pouvait-on supposer que l'inflammation était chronique? Mais alors le gonflement est trop peu considérable pour produire la suffocation, et la maladie ne reste point étroitement limitée, comme elle le paraissait dans le sujet de notre observation. L'angine croupale nous parut devoir être également écartée dans le diagnostic que nous cherchions à établir: la voix s'était affaiblie par degré, sans jamais présenter le timbre caractéristique de cette maladie. Aucune tumeur sur le cou, aucun développement du larynx ne pouvaient faire soupçonner la compression de cet organe, ni de la portion de la trachée-artère qui le supporte. Il aurait été plus difficile de nier que les accidens fussent dus à une semblable cause, à quelque tumeur développée dans l'intérieur de la poitrine. Le souvenir d'un cas de ce genre, observé à la Clinique de Corvisart, aurait pu nous entraîner vers cette opinion, si la discussion sévère des symptômes faite dans ce cas, qui, on le verra bientôt, n'était pas le même, n'eût contribué aussi à nous éclairer. D'ailleurs la malade récusait cette cause de ses angoisses; elle indiquait assez que son mal était dans le larynx, en portant continuellement la main vers cet organe. Ces mouvemens, qu'on peut dire automatiques, si souvent utiles dans le diagnostic, dûrent de même éloigner l'idée que la compression était exercée par des tubercules bronchiques, car nous avions encore un motif d'élever

cette supposition; c'était une expectoration muqueuse, telle qu'on la remarque chez plusieurs phthisiques, et qui fatiguait notre malade depuis long-temps déja. Suivant cette manière de voir, nous réunissions par la pensée l'affection du poumon, celle des bronches, et enfin celle du larynx comme elles le sont souvent en effet; cependant la suffocation nous paraissait plus imminente ici que nous ne l'avions jamais observée chez les sujets où nous avions reconnu cette triple complication. Enfin, nos dernières réflexions recherchèrent s'il était possible de constater chez Marie-Anne T. la présence d'un œdème de la glotte ? Nous avouons que plusieurs rapprochemens tendirent à nous faire décider affirmativement ce doute, quoique la marche lente de la maladie que nous avions sous les yeux nous parût une opposition très-forte; c'est ainsi, à demi-arrêtés, car aucun signe certain ne pouvait faire présumer l'existence d'une tumeur dans le larynx, que l'urgence des secours nous résolut à employer la trachéotomie; nous pensions être forcés de pratiquer cette opération dans la matinée du 2 août; mais une amélioration légère nous fit remettre à une prochaine exacerbation l'emploi d'un moyen si grave.

Comme nous l'avions prévu, ce nouvel accroît d'intensité dans les symptômes d'asphyxie se présenta le lendemain. Le chirurgien en chef ayant alors terminé sa visite, l'élève interne, M. Foville porta sur le champ à la malade les soins les plus empressés; l'ouverture du larynx devenant indispensable, ce jeune médecin plein de zèle et d'instruction, se disposa de suite à la pratiquer. La malade était assise sur son lit, la tête penchée en avant; il fallait, pour opérer, qu'elle fût inclinée dans le sens contraire pour faire saillir le larynx et tendre la peau; mais à peine eût-on commencé avec les plus grandes précautions, à imprimer ce mouvement à la tête, que la respiration s'interrompit pour ne se rétablir jamais. Cependant par une grande présence d'esprit, M. Foville

pratiqua aussitôt et suivant les principes de l'art la trachéotomie. Une canule fût introduite dans la trachée-artère, et on essaya par tous les moyens connus de réveiller l'action du cœur et des poumons. Ce fut infructueusement.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. — *Habitude extérieure du corps.* — L'embonpoint est médiocre; la coloration de la peau ne présente rien de remarquable, si ce n'est à la face où elle est restée plus foncée, comme elle l'était dans les derniers instans de la vie.

La cavité du crâne ne nous offrit rien à signaler que l'injection sanguine du cerveau et l'extrême volume du cervelet; cet organe était fort large, épais et pareillement injecté.

Les organes contenus dans l'abdomen sont parfaitement sains.

A l'ouverture de la poitrine, les poumons ne cèdent que fort peu à la pression de l'air; cependant ils paraissent sains dans toute leur étendue; il faut en excepter, néanmoins, le sommet de celui du côté droit, qui était adhérent à la face interne de la première côte; cette portion paraissait aussi froncée et retirée sur elle-même, et comme revêtue d'une enveloppe fibreuse; son incision fit découvrir une masse tuberculeuse d'un petit volume, mais déja ramollie. La trachée-artère et le larynx furent enlevés pour être examinés avec plus de soins et de facilité. Ayant été ouverts sur la paroi postérieure dans toute leur étendue, le premier objet qui frappa la vue fut l'occlusion de la glotte par une tumeur de la grosseur d'une forte amande; cette tumeur adhère, en effet, par une base assez large aux deux replis fibro-membraneux qui forment le ventricule laryngé gauche et à l'angle rentrant du cartilage thyroïde. Sa surface est irrégulière, mamelonée, et sa consistance est celle des tumeurs fongueuses. Sa couleur est la même que celle de la membrane muqueuse qui tapisse le

reste du larynx. Une autre tumeur de même nature, mais d'un fort petit volume, celui d'un grain de millet, par exemple, était située du côté opposé du larynx; seulement elle était implantée un peu plus haut que la tumeur principale.

L'aspect de ces tumeurs nous fit soupçonner sur-le-champ l'existence d'une affection syphilitique, opinion que les goûts de Marie-Anne T... fortifiaient encore, et que l'examen des parties génitales confirma entièrement. L'orifice du vagin et les petites lèvres nous offrirent plusieurs végétations vénériennes et quelques traces d'un suintement purulent. Cette circonstance fit naître en nous plusieurs réflexions : si la malade avait déclaré de bonne heure l'existence de sa maladie vénérienne, et qu'un traitement convenable eût été employé, peut-on présumer que les mercuriaux eussent détruit la production morbide du larynx, ou du moins arrêté ses progrès? On se rappelle que Corvisart avait la même opinion sur la nature des végétations qu'on rencontre fréquemment sur les valvules auriculo-ventriculaires et sygmoïdes, et qu'il aurait voulu qu'on tentât de les détruire par un traitement antisyphilitique. Une autre question se présente : si la laryngotomie eût été pratiquée de bonne heure et qu'elle eût fait reconnaître l'existence de cette tumeur, aurait-il été possible, aurait-il été prudent de chercher à en faire l'extirpation? Dans les productions polypeuses ayant leur siège dans la trachée artère ou plutôt dans le larynx, et adhérentes par un pédicule étroit, l'extirpation a été conseillée par Desault, Petit de Lyon, et quelques autres. Suivans ces auteurs, cette maladie n'est pas très-rare (*Œuvres chirurgicales de Desault*). Sur le cadavre d'un homme adulte, qui offrait les caractères communs à ceux qui périssent asphyxiés, M. Béclard a trouvé, il y a quelques années, un polype pyriforme gros comme le bout du doigt médian, implanté par un pédicule mince et court dans le larynx au-dessous de la commissure antérieure des lèvres de la glotte.

On conçoit que des tumeurs, pédiculées et mobiles, peuvent, suivant les efforts de l'inspiration, de l'expiration et de la toux, s'engager et se dégager de la glotte, et donner lieu ainsi à des symptômes différens dans la même journée, dans la même heure (1).

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Mémoire sur les points principaux de la nouvelle doctrine médicale italienne; couronné par la Société Italienne des Sciences, en 1823, *par* EMILIANI. (*Extrait par M.* COSTER, *D.-M.-T.*)

PARMI les doctrines médicales modernes, celles qui attirent plus particulièrement l'attention, sont la doctrine physiologique et la nouvelle doctrine médicale italienne. La première, exposée dans divers ouvrages, et développée verbalement par son auteur dans ses cours, est généralement assez bien connue. On ne peut pas en dire autant de la seconde. Nous croyons par conséquent qu'on ne lira pas sans quelque intérêt l'analyse d'un Mémoire couronné par la Société Italienne des sciences, dans lequel sont traités les points principaux de cette doctrine. Les médecins italiens, qui avaient adopté le brownisme, s'aperçurent bientôt que ce système, séduisant dans la théo-

(1) « Poussées avec trop de force, dit Bichat, entre les bords de la glotte, elles s'y arrêtent, et si l'inspiration ou quelque effort ne les dégage promptement, elles font périr le malade de suffocation, comme il est arrivé dans un cas observé par Desault. » (*Œuvres Chirurgicales publiées par Bichat.*) MM. Dupuytren et Pelletan ont aussi signalé des faits analogues. Ce dernier, dans sa *Clinique chirurgicale*, donne l'observation d'un individu chez lequel la tumeur du larynx était évidemment, comme celle que nous avons décrite, de nature vénérienne. Le malade avait été menacé plusieurs fois de suffocation avant celle qui lui fit perdre la vie; mais quelques mouvemens violens semblaient, dit-on, l'avoir sauvé du péril. L'ouverture cadavérique, en même temps qu'elle fit voir une petite tumeur pédiculée engagée dans la glotte, constata une destruction complète de la luette, d'une partie du voile du palais, et une ulcération gangréneuse de la paroi postérieure du pharynx.

rie, était extrêmement dangereux dans la pratique. Delà vint, que tout en retenant les principes généraux, ils y apportèrent successivement différentes modifications, desquelles il est enfin résulté la doctrine connue sons le nom de *nouvelle doctrine médicale italienne*. Aucun de ceux qui figurent comme les auteurs principaux de cette doctrine n'en a publié un traité complet. Elle existe éparse dans différens ouvrages dont les auteurs diffèrent sur plusieurs points. Rasori, que l'on considère comme le chef de cette école, parce qu'il a été le premier à signaler les erreurs du système de Brown dans son ouvrage sur la fièvre pétéchiale de Gènes, démontra les dangers de la méthode stimulante, et les avantages de la méthode contraire dans cette maladie. C'est dans cet ouvrage qu'il manifesta ses premières opinions sur l'action contre-stimulante de différentes substances, opinions qu'il développa ensuite dans quelques Mémoires publiés dans les Annales des sciences et lettres de Milan. Giannini s'opposa au dogme de l'indivisibilité de l'incitabilité brownienne, avec sa théorie de la névrosthénie. Bondioli, Guani et Rubini s'occupèrent de la théorie de l'irritation. Borda, professeur de matière médicale à Pavie, classait dans ses leçons les médicamens suivant la doctrine du contre-stimulisme. Tommasini, professeur de clinique dans l'université de Bologne, doit être regardé comme le principal soutien de la nouvelle doctrine. Dans ses leçons critiques de physiologie et de pathologie, dont il n'a achevé que la première partie, il cherche à expliquer tous les phénomènes physiologiques et pathologiques d'après la doctrine de l'excitabilité brownienne. Son ouvrage sur la fièvre jaune fait connaître l'influence de la phlogose dans les maladies, et dans quelques Mémoires insérés dans le journal médico-chirurgical de Parme, il disserte sur l'action contre-stimulante de divers médicamens. Depuis qu'il occupe la chaire de médecine clinique, il explique dans ses le-

çons sa doctrine, dont il a déjà donné quelques aperçus dans plusieurs discours et dans son ouvrage sur l'inflammation et la fièvre continue.

Les choses en étaient à ce point, lorsque la Société italienne des sciences, reconnaissant la nécessité de fixer l'opinion des médecins sur les points principaux de la nouvelle doctrine, proposa en 1819, pour sujet d'un concours, la question suivante : « Déterminer si les idées que l'on donne dans les écoles médicales modernes de l'excitabilité et de l'excitement, sont assez exactes et assez précises; et dans le cas où elles ne le seraient pas, déterminer les changemens qu'il faut y apporter : exposer ensuite quelles sont les idées précises que l'on doit se former de la diathèse hypersthénique, hyposthénique, de l'irritation, des stimulans, des contre-stimulans et des puissances irritatives. » Aucun des Mémoires envoyés au concours n'ayant été jugé digne du prix, la question fut soumise à un nouveau concours en 1821, avec l'addition suivante : « On demande, en outre, si, dans l'exercice des différentes fonctions, et dans leurs altérations, on doit considérer d'autres élémens que l'excitement, et dans le cas de l'affirmative, établir quels sont ces élémens, ayant soin de faire en tout des applications avantageuses à la pratique médicale. »

Le prix fut accordé au mois de juillet 1823, au docteur Emiliani de Bologne. C'est ce Mémoire que nous allons analyser.

L'auteur divise son ouvrage en six thèses. Dans la 1.re, il traite de l'excitabilité; dans la 2.e de la *reproductibilité*; dans la 3.e de la diathèse; dans la 4.e de l'irritation; dans la 5.e du stimulus, du contre-stimulus et des puissances irritatives; dans la 6.e de quelques autres circonstances auxquelles il faut faire attention dans la théorie et la pratique médicales.

Thèse 1.re — « Cette propriété (l'excitabilité) par laquelle les corps vivans se distinguent des corps morts, et

par laquelle s'accomplissent toutes leurs fonctions, peut être corrigée dans les lois, et modifiée dans les caractères que Brown lui a assignés, mais elle ne doit pas être exclue de la science médicale ; au contraire, elle doit être considérée comme très-utile pour rendre raison des phénomènes vitaux, tant dans l'état de santé que dans celui de maladie, et pour améliorer la pratique médicale. »

Après avoir exposé les principales opinions émises depuis Hippocrate, pour expliquer les phénomènes vitaux, l'auteur accorde à Brown la gloire d'avoir dévoilé le premier les conditions générales au moyen desquelles la vie subsiste dans les corps organisés. Ces conditions sont, 1.° un principe intérieur distribué à toutes les parties du corps, susceptible d'être mis en action par les objets extérieurs ; 2.° la présence de ces derniers. Les noms *d'excitabilité*, *d'excitement* et de *puissances excitantes*, sont déduits de la nature même de la chose. L'auteur croit que l'on doit admettre cette doctrine sans difficulté, parce qu'une même propriété est attribuée à des parties différemment organisées; car leur structure se réduit, en dernière analyse, à quatre tissus primitifs, le cellulaire, le vasculaire, le musculaire et le nerveux, qui sont tous doués d'excitabilité. D'ailleurs, continue-t-il, cette théorie est si vraie, que non seulement elle s'insinue dans les esprits dépouillés de toute prévention, mais qu'elle fut regardée comme la base des raisonnemens les plus sûrs, aussitôt qu'elle fut connue. C'est en effet, à cette doctrine que nous sommes redevables de plusieurs ouvrages estimables publiés depuis une vingtaine d'années; c'est à Brown qu'il faut attribuer cette réforme générale, qui est prouvée par le changement du langage depuis cette époque médicale, et par cette manière beaucoup plus simple de traiter les maladies. La doctrine brownienne présentait quelques principes erronés, tels que ceux-ci; que l'excitabilité ne pouvait pas se reproduire; qu'il existait une faiblesse indirecte; que les maladies hypo-

sthéniques étaient beaucoup plus fréquentes que les maladies contraires; que toutes les substances agissaient en stimulant, etc. Ces erreurs ont été signalées par divers auteurs. Elle était incomplète dans quelques points; mais la théorie de l'irritation, exposée par Bondioli, Guani et Rubini, et celle de la *reproductibilité*, professée par M. Médici, sont venues remplir ces vides. Voici maintenant les lois que l'auteur assigne à l'excitabilité: 1.° l'excitabilité réagit différemment dans les divers tissus du corps; 2.° cette force a besoin de stimulus de différentes qualités, pour produire ses effets; 3.° elle réagit avec plus ou moins d'énergie suivant l'action plus ou moins forte exercée par le stimulus; 4.° elle est mise plus vivement en action par le changement de puissances excitantes; 5.° elle diminue par les opérations ordinaires de la vie, c'est-à-dire, qu'elle réagit avec moins de force; 6.° elle manifeste son énergie par la privation ou la diminution des puissantes stimulantes; 7.° l'excitabilité réagit d'autant plus, que l'action des stimulus précédens a été moindre, *et vice versâ*. L'auteur n'apporte pas les preuves de ces lois, et dit qu'il suffit de les énoncer pour en faire connaître aussitôt l'importance et la vérité. Tel est le résumé de la 1.re thèse. Passons maintenant à quelques remarques. A-t-il résolu la question proposée? Nous ne le croyons pas. En effet, on demande de déterminer si les idées qu'on donne dans les écoles modernes de l'excitabilité et de l'excitement sont exactes ou non, et dans ce dernier cas, de déterminer les changemens qu'il faudrait y apporter. Il nous semble que l'auteur aurait dû commencer par donner un historique de la manière dont l'excitabilité est considérée dans les écoles italiennes, discuter les différentes opinions, en manifestant ensuite celle qui lui paraissait préférable. S'il eût agi ainsi, on aurait pu lui pardonner de n'avoir fait aucune comparaison entre la doctrine de Brown sur la vie, et celle de quelques autres physiologistes moder-

nes. Comment, en parlant des ouvrages auxquels le brownisme a donné naissance, a-t-il pu passer sous silence le professeur Rolando, qui, envisageant l'excitabilité d'une manière tout-à-fait neuve, a taché de justifier la nouvelle doctrine du reproche d'être trop abstraite, et de ne point considérer les différences remarquables que présentent dans leur structure et leurs propriétés les diverses parties des corps organisés ?

Maintenant, si l'on voulait examiner les rapports qui existent sur ce point entre la doctrine physiologique et la nouvelle doctrine italienne, il serait aisé de voir que la *contractilité*, que M. Broussais admet comme la seule propriété apparente des tissus vivans, peut bien correspondre à l'*excitabilité*, avec cette différence néanmoins que la première exprime un phénomène sensible qui est la contraction, tandis que l'autre exprime une conception abstraite, mais qui n'en est pas moins vraie dans l'état actuel de nos connaissances.

Thèse II.e — » L'excitabilité et l'excitement même normal ne suffisent pas pour entretenir la vie et la santé, il faut en outre admettre dans les solides vivans un autre propriété (*la reproductibilité*), et des matériaux qui servent à la reproduction, qu'on appellera puissances reproductrices ». L'auteur fait remarquer que la simplicité du système de Brown est la cause pour laquelle il fut admis avec tant d'enthousiasme; mais que quelques hommes clairvoyans s'aperçurent bientôt que l'excitabilité ne suffisait pas pour expliquer les phénomènes de la vie, et qu'il fallait admettre une autre propriété en vertu de laquelle l'économie animale répare les pertes auxquelles elle est à tout instant sujette. Plusieurs auteurs paraissent avoir admis cette propriété; mais celui qui s'en est occupé d'une manière plus spéciale, c'est le professeur Medici, de Bologne, qui lui a donné le nom de *reproductibilité*. Voici les lois admises par M. Emiliani : 1.° la reproductibilité n'agit pas avec la même énergie dans les différens âges de la vie;

2.° si l'on coupe une partie de tissus vivans, ils peuvent se régénérer, quand ils se trouvent d'ailleurs dans les conditions convenables; 3.° le degré de la reproductibilité est en raison inverse de la perfection, ou de la composition organique des corps vivans; 4.° les degrés de la reproductibilité diffèrent dans les diverses parties du même corps vivant; 5.° cette force peut donner naissance à des parties nouvelles nécessaires au développement des corps organisés; 6.° la reproductibilité peut s'altérer à mesure qu'elle augmente, et donner lieu, en conséquence, à la formation de parties différentes de celles qui composent naturellement le corps.

L'auteur conclut que la reproductibilité, conjointement avec l'excitabilité, forme un corps de doctrine au moyen duquel on peut expliquer les phénomènes premiers et généraux qui constituent la vie.

Il est facile de voir, d'après cet exposé, que la reproductibilité admise par l'auteur tient à une idée abstraite, de même que l'excitabilité. On trouve aussi de l'analogie entre cette opinion et la doctrine physiologique. En effet, M. Broussais, attribue, d'après Bordeu, à la *chimie vivante*, ce que M. Emiliani attribue à une propriété abstraite, dont il ne détermine pas le mode d'action. M. Broussais place sous la dépendance de la force vitale cette chimie vivante, qui n'est considérée par lui que comme un moyen par lequel la force vitale produit les instrumens secondaires dans lesquels nous découvrons les propriétés des tissus. Mais cette opinion n'est non plus qu'une hypothèse, à l'aide de laquelle cependant on peut expliquer plusieurs phénomènes.

Thèse IIIe — « Dans les maladies, outre les conditions de l'excitement, il faut principalement faire attention à ce qu'on appelle *diathèse*. On entend par ce mot une condition morbide qui n'est plus sous la dépendance immédiate des causes externes qui l'ont produite; qui peut n'être

pas en rapport avec ces mêmes causes ; qui, lorsqu'elle est établie, parcourt un temps déterminé, et que l'on ne guérit qu'en détruisant les altérations secondaires, outre les additions et les soustractions des agens extérieurs ». La théorie de la diathèse suivant Brown, dit notre auteur, ne tarda pas à être modifiée. On reconnut bientôt que dans les maladies, outre l'altération de l'excitement, il fallait faire attention à certaines altérations organiques qui surviennent secondairement et qui ne sont plus dans une dépendance immédiate de l'excitement universel. C'est au professeur Fanzago que sont dues principalement les idées les plus précises sur ce point de pathologie. Cet auteur démontre que, dans toutes les maladies, un travail particulier, un changement partiel a lieu, duquel la *forme* (1) de la maladie tire principalement son origine, et que l'on doit surtout prendre en considération dans le traitement : mais Fanzago ne dit pas si la diathèse dépend constamment de ce travail qu'il appelle *condition pathologique*. Ce ne fut qu'après l'influence attribuée par Tommasini à la phlogose, dans son Traité sur la fièvre jaune, en 1805, que l'on commença à considérer la diathèse comme secondaire et dépendante de la condition pathologique. Si l'on ne voulait pas admettre, dit M. Emiliani, cette définition des maladies diathésiques, on ne pourrait pas néanmoins se refuser à reconnaître qu'il y a des maladies qui cessent aussitôt qu'on éloigne les causes extérieures, et qu'il y en a d'autres, au contraire, qui parcourent leurs périodes malgré la soustraction des causes qui les produisent. C'est parce que les premières dépendent de causes externes, comme les maladies locales de Brown, que l'on croit plus convenable de donner le nom

(1) Les Italiens désignent sous ce nom l'ensemble des symptômes qui accompagnent une maladie.

de diathésiques aux secondes. Mais quelle est la cause pour laquelle certaines maladies hypersthéniques cèdent aussitôt après l'usage de quelques contre-stimulans, et que d'autres augmentent sous l'emploi des mêmes moyens? C'est que, dans le premier cas, il n'y a qu'une augmentation de mouvemens, tandis que dans le second, il s'est formé un travail morbide particulier qui doit parcourir certaines périodes. L'auteur explique son idée par un exemple. Un soleil trop échauffant, un vin généreux, une marche rapide, augmentent l'excitement à un degré tel, que le repos, les boissons rafraîchissantes suffisent pour le rappeller à l'état naturel. Quoique le pouls soit fréquent et fort, le visage animé; la peau chaude, la gorge sèche, que les yeux soient étincelans, et que l'excitement soit au plus haut degré, il n'y aura pas cependant encore de changement physique dans les tissus. Mais si l'action de ces causes est plus forte, on verra se développer un érysipèle, ou une ophthalmie, ou une angine, etc., qui ne pourront être guéries par la seule soustraction des causes qui les ont produites. Dans ces cas, il existe non-seulement un surcroît de mouvemens, mais un changement organique, puisque ces organes présentent un volume, une dureté, une tension contre nature; mais ce changement est tel qu'il n'y a point encore de désorganisation (1). Si au contraire, l'inflammation est plus forte, et qu'elle ne passe pas à la suppuration, à l'induration, à l'adhérence vicieuse des parties, alors il y a altération de l'organisation, et la maladie n'est plus dynamique.

L'auteur conclut que la diathèse hypersthénique a toujours pour base la phlogose, et que la diathèse de contre-stimulus consiste dans un changement organique par suite duquel la disposition de la fibre à ressentir l'action des stimulus est diminuée.

(1) C'est le cas des maladies diathésiques.

Si la doctrine de Brown sur la diathèse était défectueuse, du moins elle était claire. Les médecins italiens, qui ont voulu la réformer, sont bien loin jusqu'à présent d'avoir présenté des idées satisfaisantes. L'auteur dont nous analysons l'ouvrage admet dans les maladies diathésiques une altération primitive de l'excitement, qui produit secondairement une condition pathologique, laquelle entretient à son tour l'altération de l'excitement. On voit donc qu'il reconnaît les maladies universelles dans le sens de Brown, et c'est en quoi il s'éloigne considérablement de la doctrine physiologique, qui considère toutes les maladies comme primitivement locales. Il paraît cependant que, même sur ce point, les opinions de M. Emiliani pourraient se concilier avec les principes de la doctrine physiologique. En effet, nous avons vu qu'il considère la condition pathologique comme la circonstance principale qui doit servir à diriger les moyens curatifs : nous avons vu aussi qu'il regarde la phlogose comme la base de la diathèse de stimulus. Il ne faudrait alors que considérer la condition pathologique comme primitive, et déterminer le changement organique local qui la constitue, pour qu'il y eût accord entre cette doctrine et celle de M. Broussais. Dans ce cas il conviendrait peut-être de bannir le mot *diathèse*, qui sert plutôt à donner de la confusion que de la clarté en pathologie. Il ne faut cependant pas dissimuler que la division des maladies diathésiques et non diathésiques, admise par les Italiens, repose sur un fait pratique ; c'est-à-dire qu'on obtient la guérison de certaines maladies par la simple soustraction des causes qui les ont produites, tandis que l'on agirait inutilement de la même manière à l'égard d'autres maladies : il est vrai qu'on pourrait tout aussi bien regarder ces maladies comme un degré différent de la même condition morbide. L'obscurité qui règne encore sur ce point important de la doctrine italienne doit nécessairement exciter le désir de voir le professeur Tommasini publier son ouvrage sur la diathèse,

attendu depuis quelques années. Alors, on pourra juger des avantages que promet cette doctrine. Telle qu'elle est entendue maintenant, nous serions plus disposés à la rejeter qu'à l'admettre.

Thèse IV.e — « Cet état de l'économie (l'irritation), quoique s'étendant à tout le corps, n'est que le résultat d'une cause matérielle irritante, et ne peut-être guéri que par l'éloignement ou la destruction de la cause qui le produit. C'est un état particulier auquel on ne peut appliquer le nom de diathèse, et qui, eu égard à ses causes, est justement appelé irritation. » La doctrine des diathèses, suivant M. Emiliani, fournit les bases les plus sûres pour le traitement des maladies universelles : cette doctrine est celle des bons praticiens de tous les temps, qui distinguèrent dans les maladies deux états, l'un de vigueur ou de force, l'autre de langueur ou de faiblesse. C'est ainsi qu'on administrait les médicamens échauffans, lorsque les rafraîchissans étaient en excès, *et vice versâ*. C'est ainsi que dans des temps plus récens on avait recours aux antiphlogistiques, lorsqu'il existait une phlogose, ou bien aux cardiaques et aux stimulans, lorsque les forces étaient affaiblies. Ce n'est qu'à une époque plus proche de nous, lorsque la médecine devint symptomatique, que ces lois générales furent presque négligées. Brown a acquis à juste titre la gloire d'avoir débrouillé la science médicale de ce chaos de théories subtiles et de pratiques ridicules, en rappelant les médecins à cette simplicité de méthode qui constitue la base la plus solide de l'art de guérir. Le professeur Rubini a nui à cette doctrine salutaire, en donnant le nom de diathèse aux phénomènes de l'irritation. Cet auteur confond le mot *diathèse* avec celui de maladie; cependant, depuis les temps les plus reculés, on a entendu par diathèse cette condition morbide universelle qui survit aux causes qui l'ont produite. Mais, qu'il soit diathésique ou

non, l'état d'irritation doit être distingué des conditions morbides déjà connues. On a des exemples de l'irritation, dans les phénomènes produits par une hernie étranglée, par la présence d'un calcul dans la vessie, des alimens dans l'estomac, par celle des vers, d'un poison minéral, de substances de difficile digestion dans le tube intestinal, etc. Voici les caractères à l'aide desquels on peut la distinguer des affections universelles. 1.° Elle est incurable par les stimulans ou les contre-stimulans; 2.° elle persiste malgré tous les traitemens, autant de temps que la cause n'est pas éloignée; 3.° les symptômes cessent presque tout-à-coup, lorsque la cause irritante n'existe plus; 4.° elle constitue une affection évidemment locale; 5.° elle est naturellement désagréable et incommode. Mais l'irritation produit souvent un travail diathésique, circonstance qui doit être prise en considération dans la pratique. Qu'un grain de sable pénètre entre la paupière et le globe de l'œil, il l'irrite et le dispose à l'inflammation. Si, avant que celle-ci ne se développe, on ôte le grain de sable, tous les symptômes cessent; mais si l'œil s'enflamme, la seule soustraction du corps étranger ne suffira pas pour guérir l'inflammation. Il peut arriver aussi que l'œil s'enflamme, et que le corps étranger reste et entretienne encore l'inflammation. Telles sont les différentes circonstances sous lesquelles se présente l'inflammation. L'auteur pense que les maladies contagieuses se trouvent dans le dernier cas, c'est-à-dire qu'elles résultent d'une cause irritante qui agit continuellement (la matière contagieuse), et d'une inflammation accompagnée d'une diathèse de stimulus.

Le point de pathologie que nous venons d'analyser est diamétralement opposé à la doctrine de M. Broussais, qui n'admet aucune distinction entre l'état de *stimulation* et celui *d'irritation*, en les désignant tous deux par cette dernière dénomination. Que faut-il penser de

cette question ? En réfléchissant que l'état irritatif passe souvent au diathésique, on serait porté à croire que ces deux états ne sont pas essentiellement différens, mais plutôt deux degrés de la même condition morbide. Rien ne s'opposerait, en raisonnant *à priori*, à ce que l'on conçut la chose de cette manière ; mais si l'on veut procéder par les faits, il faut avouer que la distinction établie par les Italiens, entre l'état d'irritation et l'état diathésique, est fondé sur la pratique ; et que, sous ce rapport, elle peut être avantageuse. Comment, en effet, pourrait-on confondre l'état de malaise produit par des alimens mal digérés, par des vers, par certains poisons qui n'ont pas encore développé l'inflammation de l'estomac ou des intestins, et qui disparaissent sous l'emploi d'un vomitif, d'un purgatif, ou d'un vermifuge ; comment dis-je, pourrait-on confondre cet état avec l'inflammation de ces mêmes organes, dans laquelle ces médicamens seraient plus dangereux qu'utiles ? Les partisans de M. Broussais diront peut-être qu'il recommande de faire bien attention aux différens degrés de l'irritation. Mais si, en pathologie, les distinctions les plus utiles sont celles qui reposent sur la diversité du traitement qu'on doit suivre, nous croyons que la distinction entre l'état d'irritation et l'état diathésique peut être de quelque avantage.

Nous n'avons pas suivi l'auteur dans la discussion des preuves qu'il apporte pour prouver que les contagions produisent un état d'irritation hypersthénique. Ses vues à cet égard paraissent assez justes ; mais nous ne sommes pas disposés à confondre les miasmes avec les contagions, comme il le fait ; et quoique nous soyons persuadé que la fièvre pétéchiale est le produit d'une inflammation dont le siège est dans le canal digestif ou dans le cerveau, nous doutons beaucoup que cette maladie puisse être rapportée aux maladies contagieuses.

Thèse V.^e — « Les puissances extérieures, dans leur mode d'action sur l'économie animale se réduisent à trois classes, les *stimulans*, les *contre-stimulans* et les *puissances irritantes*. Les premiers produisent un surcroît d'action des organes, ou une plus vive excitation, dont les effets peuvent être corrigés par des moyens de nature opposée. Les seconds agissent en sens inverse des premiers, et leur action n'est corrigée que par celle des stimulans. Les puissances stimulantes ne produisent jamais une vraie augmentation dans les fonctions; elles ne peuvent jamais être salutaires ou agréables; leurs effets ne peuvent être corrigés par compensation, mais seulement par la soustraction de la cause primitive qui les produit. » Sans s'arrêter aux stimulans, l'auteur passe tout de suite aux contre-stimulans. Pour démontrer l'existence de cette espèce d'agens, il fait des remarques sur ce que Rasori, le fondateur de cette *partie* de la doctrine, avait observé dans l'épidémie de Gênes de 1799 et 1800. Rasori, dit-il, guidé par les théories d'alors, prit d'abord cette affection pour une maladie asthénique, et mit en usage la méthode stimulante. Il eut bientôt à se repentir de ce genre de traitement, et il eut recours à la méthode contraire, qui lui réussit à merveille. Or, ajoute-t-il, comment expliquer l'action du tartre stibié, du kermès minéral, du tartre acidule de potasse et des autres sels purgatifs et diurétiques, administrés par Rasori en même temps que la saignée, et autres moyens évidemment débilitans? En 1800, il y avait deux opinions sur le mode d'agir de ces médicamens: les partisans de Brown les croyaient stimulans, et débilitans seulement à cause des évacuations qu'ils pouvaient produire. Les partisans des anciennes doctrines regardaient le kermès comme un *expectorant* et un *incisif*, le tartre stibié comme un *vomitif*, la crême de tartre comme un purgatif et un diurétique. Faut-il croire que c'est en vertu de ces

propriétés que ces médicamens ont été utiles? Cela n'est pas probable; car Rasori les administrait dans le plus grand nombre des cas où, suivant ces doctrines, ils étaient contre-indiqués, et ne produisaient d'autres fois ni le vomissement, ni les purgations, etc. Ont-ils été utiles en stimulant? Cela ne peut être; car, 1.° la fièvre de Gènes était sthénique, même dans la période nerveuse; 2.° les stimulans véritables, tels que l'opium, le vin, etc., étaient nuisibles; 3.° les mêmes effets que l'on a obtenus des sels et des antimoniaux ont été produits par la saignée et les scarifications. Il faut donc admettre qu'ils contribuèrent à la guérison par une action débilitante. Mais cette action est-elle indirecte? Non, sans doute; car dans des cas identiques, il ont été avantageux indépendamment des évacuations qu'ils ont provoquées. On doit conclure qu'ils agissent en diminuant directement la stimulation. Il n'est donc pas vrai que toutes les substances agissent en stimulant. Dès que cette vérité fut connue, des essais furent faits avec toutes les précautions convenables. C'est ainsi que fut démontrée l'utilité du tartre stibié et de la digitale dans les pneumonies, de la gomme gutte dans les dysenteries, par Rasori et Tommassini; de l'eau de laurier-cerise dans les inflammations de poitrine et d'autres organes, par Bréra.

Cette doctrine est encore appuyée par les observations faites sur l'économie à l'état sain. Pour prouver cette proposition, M. Emiliani rapporte le raisonnement de Tommasini. « Si, dit ce dernier auteur, les premiers effets des acides, du nitre, des tamarins, de la crême de tartre, administrés à petites doses, de manière qu'ils ne produisent pas d'évacuations, sont la pâleur, les frissons, l'affaiblissement du pouls, tandis que ceux du vin, de l'éther, des arômes sont la chaleur, la rougeur du visage et l'augmentation de la vibration des artères; si les effets des

premières substances sont détruites par les secondes, *et vice versâ,* il faut en conclure qu'ils jouissent d'une action opposée. Si des doses excessives de vin et d'alcohol amènent un état d'abattement, et que des doses modérées augmentent l'excitement, tandis qu'une dose, quelque petite qu'elle soit, de nitre, d'émétique, etc., ne produira jamais une augmentation de l'excitement, n'est-il pas évident que ces substances agissent les unes en stimulant et les autres en débilitant ou en contre-stimulant. » L'auteur s'appuie encore sur l'autorité des anciens qui conseillaient le vin et autres médicamens échauffans contre les poisons qu'ils appelaient *froids*. Voilà bien exactement l'histoire de l'origine de la doctrine dite du contre-stimulus, mais on désirerait trouver d'autres détails sur l'état actuel de la science en Italie concernant ce point de doctrine. En effet, les principales difficultés qu'on peut élever contre cette doctrine ne consistent pas tant à savoir s'il faut admettre des contre-stimulans, qu'à déterminer quelles sont les substances qui doivent être rangées dans cette classe. Il n'est pas difficile de concevoir comment on a été conduit à reconnaître une propriété contre-stimulante dans un assez grand nombre de médicamens qui étaient regardés comme jouissant d'une propriété contraire. Dès que les Italiens eurent renversé le système de Brown, suivant lequel 97 maladies sur 100 étaient déclarées asthéniques, et qu'ils en eurent établi un autre entièrement contraire, il fallait bien admettre une propriété contre-stimulante dans les substances qui avaient été administrées avec succès contre certaines affections qu'ils regardaient comme sthéniques. Mais une autre question se présente. Peut-on admettre dans certains médicamens une action débilitante directe ou contre-stimulante? Cette action est tellement compliquée qu'il est très-difficile d'en saisir l'effet primitif. Cependant, en admettant la théorie dynamique de l'excitement, ou une autre semblable, on est facilement porté

à admettre des contre-stimulans. Nous sommes bien loin, en émettant cette opinion, de reconnaître cette propriété dans toutes les substances auxquelles les partisans de la nouvelle doctrine l'ont étendue. Ainsi, par exemple, nous croyons que, si les drastiques et les sudorifiques sont contre-stimulans, ce n'est point par leur action immédiate sur les tissus, mais au moyen des évacuations qu'ils déterminent. M. Broussais paraît disposé à admettre des contre-stimulans, mais il croit que leur nombre peut se réduire au froid, aux mucilages, aux acides et à quelques sels neutres. Voilà un point d'une haute importance, sur lequel M. Broussais est entièrement en opposition avec la doctrine des Italiens. Que devons-nous conclure de tout cela? Que nous ne possédons pas encore une théorie médicale assez bonne pour que toutes les conséquences qu'on en déduit puissent être applicables à la pratique; qu'il faut donc avoir soin, quelle que soit la théorie que l'on adopte, de distinguer les principes que l'on peut regarder comme certains, de ceux qui sont encore douteux.

Thèse VI.e — Il est question ici des autres circonstances différentes de celles dont il a été question jusqu'à présent, et que l'on doit prendre en considération pour l'intelligence des phénomènes de la vie considérée dans l'état normal et dans l'état pathologique, ainsi que pour servir de guide dans la pratique. Ces choses sont, 1.° les fluides, qui sont souvent une cause directe et immédiate de plusieurs maladies. M. Emiliani pense qu'il ne faut pas considérer le sang comme simplement passif dans l'économie animale. C'est, dit-il, une des plus grandes erreurs que l'on puisse commettre en pathologie, que de regarder le sang comme circulant mécaniquement dans les vaisseaux, ou tout au plus comme une puissance stimulante, en lui refusant toute susceptibilité morbide. Le sang renferme la cause fondamentale de plusieurs maladies, principa-

lement de celles qui ont une connexion exacte avec la force plastique, telles que le scorbut et la chlorose. Tommasini pense qu'on ne peut rapporter le scorbut aux idées qu'on se fait actuellement de la diathèse. Il le regarde comme une maladie de l'hématose, dont les produits supposent un changement dans les conditions de l'assimilation et dans la constitution de la fibre: il pense de même de la chlorose. Au reste, puisqu'une certaine condition des liquides est nécessaire pour maintenir le corps dans l'état sain, il est aisé de comprendre que leur altération, non-seulement dans la quantité, mais encore dans la qualité, doit produire un état morbide. Les principales indications dans le traitement des maladies doivent donc être déduites de l'action et de la réaction réciproques des solides et des liquides, conformément à la meilleure pratique de tous les temps.

2.° *L'action secondaire des médicamens.* — Dans l'emploi des médicamens, on commet en général deux fautes opposées, ou de ne considérer que leur action primitive stimulante, contre-stimulante, ou irritante, de manière à négliger leurs effets secondaires; ou de s'en tenir seulement à l'action secondaire, sans faire attention à l'action dynamique primitive. Ceux-là étaient étrangement dans l'erreur, qui croyaient guérir toutes les maladies en augmentant ou en abaissant l'excitement. L'action des puissances morbides affectant plus directement un organe qu'un autre, il doit exister dans toutes les maladies un état particulier; par conséquent, les médicamens doivent aussi être doués d'une action propre et élective qui porte plus sur un organe que sur un autre. On pourrait faire ici une longue série des remèdes dont l'action particulière sur certains organes est généralement connue.

3.° *L'action des remèdes spécifiques.* — Il existe plusieurs médicamens dont l'expérience a démontré l'utilité dans quelques maladies, sans que nous puissions assigner en

aucune manière leur mode d'action. Tel est celui du quinquina dans les fièvres intermittentes, du mercure dans les maladies vénériennes, de la vaccine contre la petite-vérole, du soufre dans la gale, etc. Il faut donc convenir que, excepté les notions générales qui forment la partie spéculative de la science, tout, en médecine, doit être subordonné à l'observation et aux faits.

4.° *Les forces médicatrices de la nature.* — L'auteur prouve comment il faut, suivant les circonstances, faire une médecine *expectante* ou *agissante*, en démontrant la puissance des forces de la nature dans la conservation de la santé et dans la guérison des maladies; il établit que l'étude des directions et des opérations des maladies, de même que les modifications dépendantes de l'âge, du tempérament, de l'idiosyncrasie, du climat et du genre de vie ne sera jamais assez approfondie par le médecin praticien. Cette dernière thèse met en quelque sorte M. Emiliani à l'abri du reproche qu'on pourrait lui faire d'avoir soutenu une théorie imparfaite. En effet, il avoue que toutes le sont, et qu'on doit regarder comme le meilleur médecin celui qui, doué d'une disposition naturelle meilleure, réunit à un plus grand nombre de faits un esprit d'induction droit. Les faits ne peuvent pas tous se plier aux points de doctrine précédemment exposés. Outre la théorie de l'excitement, il faut prendre en considération l'état des fluides, et principalement celui du sang, l'action élective des médicamens, l'action spécifique de quelques-uns d'entr'eux, et les forces médicatrices de la nature. De cette manière on rapproche le résultat de la pratique des anciens de celle des modernes. Nous ne chercherons pas à discuter jusqu'à quel point la doctrine italienne est parvenue à opérer ce rapprochement, mais nous ne pouvons nous empêcher de rendre justice à l'auteur de ce Mémoire, pour les excellens principes de philosophie médicale qu'il professe dans ce der-

nier article ; si ces principes eussent toujours été entendus et mieux suivis, les théories médicales (et je prends ce mot dans un sens étendu, y compris les systèmes) n'auraient pas été aussi pernicieuses à l'humanité qu'elles l'ont été si souvent. On trouve ici peu de points de comparaison avec la doctrine physiologique, si ce n'est relativement aux médicamens spécifiques que rejette M. Broussais. L'attention des médecins qui suivent les vicissitudes de la science, se porte maintenant sur le mercure, que M. Broussais et quelques autres médecins regardent comme agissant simplement par une faculté révulsive dans les maladies vénériennes. Mais, comment expliquer, d'après cette théorie, pourquoi d'autres révulsifs, même plus actifs, ne produisent pas les mêmes effets? Pourquoi, ainsi que l'observation le démontre, les symptômes vénériens se montrent-ils de nouveau après avoir disparu, lorsqu'on n'a pas administré un traitement mercuriel? Nous croyons, du moins pour le moment, devoir nous tenir à l'opinion de ceux qui regardent l'action du mercure contre la maladie vénérienne comme spécifique, c'est-à-dire inconnue.

Histoire de la dysenterie épidémique qui régna dans l'hôpital militaire de Mantoue, sur la fin de l'année 1811 *et au commencement de l'année* 1812 ; *par* J. J. Pisani. (*Extrait fait par M.* Bailly, *D.-M.*)

La doctrine du contro-stimulus, assez généralement adoptée en Italie, n'est guères connue en France que par quelques extraits dont la plupart, faits par des médecins français, présentent plutôt des raisonnemens basés sur la physiologie de nos écoles, que sur des observations bien positives. Les objections qu'on a opposées à cette doctrine ne supposant pas toujours une connais-

sance parfaite des phénomènes sur lesquels elle repose, et des explications que les Italiens en donnent, nous avons cru, pour exciter de nouvelles recherches relativement à ce point important des sciences médicales, devoir reproduire, moins les raisonnemens qui la constituent, que les faits pratiques qui peuvent nous fournir des données exactes sur une doctrine qui, si elle était vraie, serait la meilleure critique de notre manière d'envisager certaines maladies et l'action des médicamens sur l'économie; et en supposant même que cette théorie fût inexacte, les faits qui lui ont donné naissance et qui sont déja avoués par un grand nombre de médecins italiens et anglais, sont si peu explicables par les lois de la physiologie française, que nous devrions encore l'examiner avec d'autant plus de soin, qu'en nous retirant du chemin de l'erreur, elle nous aurait ouvert une nouvelle route pour nous faire connaître les vérités importantes qui sont relatives aux mystères de notre organisation. Je suis loin d'avoir sur cette doctrine la même conviction qui existe dans l'esprit des Italiens, mais je suis aussi loin de l'incrédulité de ceux qui, ne doutant point des idées qu'ils ont depuis long-temps adoptées, n'ont plus dans l'esprit de place pour des faits qui ne s'accordent point avec leur ancienne manière de voir. Tout ce que je désire, c'est qu'on tienne compte des observations bien constatées auxquelles cette pratique a donné lieu, et qu'elle produit chaque jour. Les explications arriveront comme elles pourront.

Description générale de la dysenterie. — La dysenterie commenca à se manifester dans le mois d'octobre 1811; elle augmenta de force jusqu'au mois de décembre, où elle acquit son plus haut degré d'intensité, et dura ainsi jusqu'à la fin de mars où elle commenca à diminuer; en juin, elle avait entièrement cessé. C'est dans les salles des forçats de l'hôpital militaire de Mantoue qu'elle parut pour la première fois; delà elle s'étendit à tout l'hô-

pital, où elle atteignit également les infirmiers et les officiers de santé ; elle se vit moins fortement dans les salles de chirurgie que dans celles de médecine. Ceux qui étaient affectés de fièvres intermittentes, d'obstructions ou autres affections chroniques de l'abdomen, en furent plus gravement atteints que les autres. Elle ne s'étendit point dans la ville.

Les caractères généraux de la maladie furent les suivans : au commencement, sentiment de pesanteur, surtout après le repas, lassitude générale, frissons vagues, oppression, nausées, vomissemens, surtout le matin à jeûn, borborygmes, gonflement des intestins, déjections aqueuses, jaunes, muqueuses; soif, bouche amère, langue jaune et muqueuse; perte de l'appétit, quelquefois cependant il était conservé, et même était vorace, mais les alimens produisaient des incommodités, de la tension dans le ventre, des vents et des selles nombreuses. A ces symptômes succédaient la langueur, la tristesse, une forte chaleur interne, de l'anxiété, de la cardialgie, des selles plus abondantes, de la toux, de la douleur de tête. Le pouls était contracté, petit, faible, quelquefois plein et dur. La fréquence des déjections déterminait un prompt amaigrissement. La peau devenait dure, sèche comme du parchemin. Les pieds devenaient œdémateux ; le ventre se remplissait d'eau. Il se manifesta, chez plusieurs, des douleurs vagues ou fixes dans l'abdomen. Dans quelques cas, le rectum sortit par l'anus ; dans d'autres, des taches noires et gangréneuses parurent sur différentes parties du corps. Les forces diminuaient; les déjections devenaient noires, fétides ; enfin, le hoquet, le coma, la pâleur de la face survenaient, et les malades mouraient au bout de huit à dix semaines.

Cette maladie n'ayant rien présenté de particulier comparativement aux épidémies de même nature que les auteurs nous ont laissées, nous n'insisterons pas davantage

sur les autres symptômes qui ne sont indiqués par l'auteur que d'une manière générale, peu susceptible d'offrir des applications utiles. On commence aujourd'hui à sentir le vide et l'insuffisance des descriptions générales qui offrent rarement des conséquences aussi précieuses pour la physiologie et la pathologie, que les observations particulières. A l'ouverture des cadavres, on trouva les désordres suivans qui résultent de l'autopsie de 54 sujets dont on a conservé l'histoire.

Épanchement dans l'abdomen, d'une sérosité claire ou jaune, liquide ou épaisse, tantôt avec des flocons albumineux, tantôt sans eux. Adhérence des intestins entr'eux, épiploons tantôt privés de graisse, tantôt avec elle, mais alors ils étaient durs et desséchés. Injection du mésentère, gonflement de ses glandes qui étaient rouges, dures, enflammées; dans d'autres cas il était amaigri, et les glandes pâles et peu développées. Le foie était tantôt plus grand, tantôt plus petit, tantôt endurci, tantôt friable, tantôt libre, tantôt recouvert d'une couche albumineuse qui le rendait adhérent avec les parties voisines. La rate souvent quatre fois plus volumineuse qu'à l'ordinaire; dans quelques cas, elle parut en état de suppuration, dans d'autres, elle était comme gangréneuse. Dans un cas je trouvai un épanchement de sang noir et coagulé du poids d'une livre et demie dans l'estomac; sa muqueuse était ordinairement d'un rouge vermeil et entièrement enflammée; son épiderme se soulevait facilement par petites lames; on y voyait aussi une grande quantité d'ulcères, de pustules blanches ou de petites vésicules aphtheuses qui n'étaient que des follicules muqueux plus développés; je trouvai aussi des taches de la grandeur d'une lentille, d'une couleur brune, rouge, et souvent dégénérées en escharres, quelquefois ces taches existaient sur des parties non enflammées, et, ce qu'il importe de remarquer, c'est que toutes les fois que ces taches ou escharres ont existé, qu'il

y ait eu ou non inflammation d'estomac, la maladie était accompagnée de déjections immodérées, de vomissemens affreux, accompagnés de symptômes effrayans. L'œsophage était également enflammé. Les intestins étaient tellement injectés dans leur membrane muqueuse qu'on aurait cru qu'elle était le résultat d'une belle préparation anatomique. Les gros intestins présentèrent souvent des portions gangrénées.

La plèvre et le péricarde offrirent souvent une collection de sérosité rougeâtre, les poumons ne furent pas exempts d'inflammation ; il en fut de même du cerveau ou de ses membranes.

I.re *Obs.* — Nicou, soldat du quatorzième régiment d'infanterie légère française, d'une constitution robuste, âgé de 28 ans, fut reçu dans l'hôpital le 15 mars ; il avait la fièvre depuis trois jours, la face était enflée et rouge, il y avait prostration des forces, oppression, sentiment douloureux à la région du cœur, bouche amère, éructations amères, nausées, diarrhée ; (*six grains de tartre stibié dans deux livres de décoction d'orge*). 16. Vomissement d'une grande quantité de matières jaunes, verdâtres, soulagement. Cependant il y a encore sentiment de pesanteur à l'estomac, des petites douleurs se font sentir dans l'abdomen ; les selles sont nombreuses. La soif devient vive, la chaleur de la peau devient mordante, le pouls est fréquent, plein et dur ; (*saignée de 12 onces, même dose de tartre stibié*). 17. Sang couenneux, diminution de tous les symptômes, cinq évacuations alvines ; (*une once de crême de tartre*). 18. Six selles, somnolence, lassitude douloureuse dans les membres, langue sèche et couverte d'une couche fuligineuse ; (*deux onces de crême de tartre, en deux doses*). 19. Huit déjections de matières vertes, couenneuses et fétides ; augmentation de la douleur d'estomac, soif forte, ventre gonflé ; (*demi-gros de racine de jalap avec demi-once de crême de tartre*). Le soir il y eut exacerbation de la fièvre,

qui débuta par des frissons, suivis de l'augmentation de la douleur de tête et d'un peu de surdité ; il y eut quatre selles ; (*même dose des remèdes*). 20. Neuf selles, délire léger, langue tremblante, rouge sur les bords ; (*même remède*). 21. Dix selles, stupeur, chaleur et douleur de l'abdomen, soif forte ; pouls fréquent et vibrant ; (*une saignée, une once de crême de tartre*). 22. Sang couenneux, cinq selles, diminution de tous les symptômes ; (*crême de tartre, une once*). 23. Huit selles, cardialgie incommode, abattement ; (*une once de crême de tartre, un gros de racine de jalap à prendre en deux fois*). 24. Après plusieurs selles, le malade se sent soulagé ; il dormit quelques heures pendant la nuit ; (*demi-once de crême de tartre, demi-gros de jalap*). 25. Fièvre legère, peau humide, urines abondantes, cinq selles jaunâtres, ardeur à l'estomac ; (*même remède*). 26. Sept selles ; (*même remède*). 27. Six selles, pouls peu fréquent, chaleur naturelle, disparution presque complète de l'ardeur d'estomac, grand appétit ; (*une once de crême de tartre*). 28. Quatre selles, il éprouve encore de la pesanteur dans le ventre ; (*une once de crême de tartre*). 29, 30 et 31. Quelques selles sans aucune incommodité ; (*chaque jour le même remède*). 1.er avril. Il se trouve très-bien, on augmente sa nourriture ; (*aucun remède*). 2. Trois selles, (*une once de crême de tartre*). 3. Convalescence ; dès ce moment, il alla régulièrement chaque jour à la selle une ou deux fois ; il sortit de l'hôpital, le 18 avril, parfaitement rétabli.

La convalescence de cet individu fut un peu longue, ce qui est arrivé à un grand nombre d'autres, qui, comme celui-ci, ayant perdu une grande quantité d'humeurs, étaient devenus très-maigres. La faiblesse des organes de la digestion, après une dysenterie aussi grave, rendit la nutrition très-lente, et pour peu qu'on se relachât de la sévérité du régime, en accordant trop de nourriture, les récidives étaient faciles. Cependant aucun de mes malades

n'eut une convalescence plus longue de trois semaines; chez plusieurs elle ne fut que de 6 ou 7 jours.

IIe *Obs.* — Coutellons, soldat du 14.e régiment d'infanterie légère française, âgé de 24 ans, d'un tempérament lymphatique, commence à éprouver de l'inappétence avec amertume de la bouche, le 28 février. Le 5 mars, il fut affecté d'horripilations vagues, de douleurs au creux de l'estomac, de vomissemens. Il entra à l'hôpital le 8 mars; il avait une fièvre continue; les symptômes qu'il présentait furent les suivans : lassitude douloureuse, céphalalgie, douleur sus-orbitaire vive, langue sale, couleur de limon, anxiété, soif forte, selles liquides et fréquentes, stupeur, toux, pouls fréquent, dur et contracté; (*une saignée, six grains de tartre stibié dans deux livres d'eau d'orge*). 9. Sang couenneux; six selles; douleur derrière le sternum, dyspnée, toux pénible, crachats teints de sang, fièvre violente, pouls tendu et dur; (*saignée et tartre stibié*). 10. Sang couenneux; augmentation de l'oppression et de la sternalgie, trouble de l'intelligence, réponses lentes et tardives, yeux rouges et pesans, face d'un rouge foncé, météorisme, cinq selles; (*saignée, une once de crême de tartre*). 11. Sang couenneux, respiration plus facile, langue sale, brune, rouge sur les bords et à la pointe. Réponses plus promptes, ardeur d'estomac; (*demi-gros de racine de jalap et demi-once de crême de tartre*). 12. Douleur de poitrine persistante, toux fréquente, crachats abondans, écumeux et un peu teints de sang, huit selles; (*une saignée, même remède*). 13. Sang couenneux, douleur de poitrine presque nulle, respiration facile, abdomen sans gonflement, fièvre légère, cinq selles; (*crême de tartre et jalap*). 14. et 15. Digestions comme à l'ordinaire, sentiment de pesanteur et de chaleur dans l'estomac, continuation de la soif; (*même remède*). 16 et 17. Langue nette, humide, pouls peu fréquent, chaleur presque naturelle, trois ou quatre déjections par jour,

toux légère ; (*crême de tartre*). 18 et 19. Nuit tranquille ; le soir, augmentation de la chaleur et de la sécheresse de la peau ; (*crême de tartre*). 20. Le soir, vomissement et fortes douleurs au creux de l'estomac, beaucoup de matières bilieuses vomies. Après plusieurs borborygmes, il y eut de nombreuses selles liquides vertes et muqueuses (*crême de tartre et jalap*). 21. Déjections, prostration extrême des forces, face exténuée, soif inextinguible, douleur tensive continue au creux de l'estomac, chaleur brûlante à l'intérieur du ventre, au dehors elle s'éloigne peu de l'état naturel ; pouls petit, vif, tendu ; (*saïgnée, crême de tartre et jalap*). 22. Huit selles avec coliques et borborygmes, ventre applati ; (*mêmes remèdes*). 23. Dix selles, douleur du creux de l'estomac moindre, soif moins intense, pouls petit et faible, visage et esprit abattus ; amaigrissement considérable ; (*mêmes remèdes*). 24. Six selles peu copieuses et sans douleur ; (*mêmes remèdes*). 25. Quatre selles, soif nulle, les forces augmentent, l'appétit revient ; (*une once de crême de tartre*). 26, 27 et 28. Trois ou quatre selles [illegible], un peu de pesanteur à l'estomac ; (*crême de tartre*). 29, 30, 31. Selles naturelles, augmentation des forces ; *suppression des remèdes*). 1, 2, 3 avril. Santé parfaite.

Dans ce cas, comme dans tant d'autres, les selles diminuèrent peu-à-peu après l'administration de la racine de jalap qui, au lieu d'augmenter la colique, la diminua et la fit disparaître.

IIIe *Obs.* — Malusardi, soldat des transports militaires, âgé de 26 ans, d'une constitution athlétique, d'un tempérament sanguin, entra à l'hôpital le 11 mars ; il éprouvait une douleur pongitive au côté gauche, depuis l'avant-dernière fausse côte jusque sur toute cette partie de la poitrine ; il avait en même temps : toux sèche, dyspnée, décubitus difficile sur le côté malade, douleur des membres, chaleur âcre, soif vive, pouls fréquent, vi-

brant; (*une saignée, six grains de tartre stibié dans de l'eau d'orge*). 12. Sang couenneux et solide ; mêmes symptômes, de plus douleur de tête tensive, oppression des forces, langue sale ; (*saignée et tartre stibié*). 13. Sang couenneux, respiration plus facile, selles fréquentes, liquides et jaunes. Le soir horripilations légères, mais de longue durée; (*tartre stibié*). 14. Augmentation de la douleur de tête; toux pénible, crachats un peu teints de sang, chaleur interne, sentiment de plénitude au creux de l'estomac, soif plus intense, pouls vibrant, sept selles; (*saignée et tartre stibié*). 15. Sang couenneux, dyspnée, toux fréquente, prostration des forces plus grande, rougeur des joues, épistaxis légère, gonflement de la parotide gauche, surdité incomplète, onze selles avec coliques; (*saignée et tartre stibié*). 16. Continuation de la douleur de poitrine et des coliques, selles nombreuses; (*saignée et tartre stibié*). Le soir augmentation des symptômes, pulsations fortes aux carotides, tintement des oreilles, stupeur, langue sale, soubresauts des tendons; (*saignée et tartre stibié*). 17. Augmentation de la douleur de poitrine et du ventre par la toux, cependant elle est moins forte qu'hier, dix selles; (*demi-once de crême de tartre avec demi-gros de jalap*). Le soir, respiration difficile, augmentation de la fièvre, selles abondantes, deux lombrics; pouls fréquent et vibrant; (*saignée*). 18. Couenne solide; respiration plus libre, égale, neuf selles; bouche sale, langue âpre, crevassée, noire à la base, couleur de la peau jaunâtre, pouls tendu, neuf selles; (*saignée et crême de tartre*). 19. Cinq selles, fièvre légère, diminution de la douleur de poitrine et de ventre. Le malade est plus gai, plus éveillé, ouïe facile, augmentation des forces; (*crême de tartre*). 20. Trois selles, langue couverte d'une croûte noire qui commence à se dessécher; (*crême de tartre*). 21, 22, 23. Langue nette, humide; fièvre nulle, déjections rares, appétit; (*crême de tartre*). Du 24 au 27, parotides entière-

ment détuméfiées, déjections naturelles. Du 28 au 31, il se lève, se promène; augmentation de nourriture; il sortit de l'hôpital le 3 avril en pleine santé.

IV.e *Obs.* — Vidalé, soldat français du huitième régiment d'infanterie légère, bien constitué, commença à se sentir malade le 18 mars; ses membres étaient fatigués, sa tête douloureuse, et sa bouche amère et muqueuse. Le 20, anxiété, oppression et douleur au creux de l'estomac, alternatives de froid et de chaud. Il entra à l'hôpital le 22, je le trouvai avec de la fièvre, chaleur âcre, soif, pouls fréquent, douleur à la tête, au dos et aux lombes, yeux enflammés, langue chargée et tremblante, des sécrétions remplies de mucosités et des douleurs passagères dans l'abdomen, des pétéchies à la poitrine et aux bras; (*six grains d'émétique*). 23. Le malade vomit plusieurs fois, et rejeta une grande quantité de matières verdâtres; pendant la nuit, délire et stupeur; pesanteur à l'épigastre, douleurs vives dans l'abdomen, déjections copieuses; (*racine de jalap, crême de tartre*). 24. Dix selles, langue couverte d'une couche blanche verdâtre; disparition des pétéchies; (*même purgatif*). 25. Neuf selles; toutes les douleurs de l'abdomen sont passées; un peu de fièvre; (*même purgatif*). 26. Une selle; (*même remède*). 27. Trois selles; point de fièvre, appétit; (*purgatif*). 28. Deux selles; l'appétit est augmenté; le malade sortit de l'hôpital le 2 avril, rendu à la santé.

La date récente de la maladie, les vomissemens survenus à son origine, et l'usage prompt de la méthode évacuante abrégèrent la durée de la maladie; aussi l'amélioration de sa santé devint-elle plus facile, et les symptômes dysentériques furent-ils de peu d'importance.

V.e *Obs.* — Durand, soldat français, du huitième régiment d'infanterie légère, âgé de vingt-trois ans, d'une faible constitution, mais d'un bon tempérament, fut reçu le 18 mars, attaqué de fièvre continue depuis cinq jours.

Il sentait une fatigue générale et des douleurs aux jambes et aux lombes; céphalalgie vertigineuse. La face était gonflée et enflammée, la conjonctive rouge et comme injectée; stupeur, chaleur âcre, soif intense, pouls fréquent, tendu et dur; (*saignée et six grains d'émétique dans une infusion de camomille*). 19. Le sang de la veille est couenneux; éruption de pétechies, anxiété, sommeil, urines rares et rouges, constipation et sécheresse de la peau; (*crême de tartre et une dose de racine de jalap*). 20. Délire; inquiétude pendant la nuit, prostration entière des forces; langue sèche, de couleur foncée, soif plus intense; trois selles; (*saignée, mêmes remèdes pour l'intérieur*). 21. Sang couenneux, diminution de tous les symptômes, huit selles; (*jalap et crême de tartre*). 22. Raison dérangée, tremblement de la langue, un peu de fièvre; tension des hypocondres et toux; (*même prescription*). 23. Augmentation de la fièvre, oppression de la poitrine, toux, teint jaunâtre du visage, surtout autour des lèvres et des ailes du nerf; pouls fréquent et plein. Saignée, mêmes remèdes; le soir, trace de couenne, gêne de la respiration, délire loquace, évacuations nombreuses; (*saignée, une once de crême de tartre*). 24. Sang sans couenne; diminution de tous les symptômes, disparition des pétéchies, diarrhée copieuse, abattement moral; (*jalap et crême de tartre*). 25. Fièvre légère, peau sèche, sentiment d'ardeur à l'estomac, chaleur insupportable dans tout l'abdomen. Quinze selles de couleur verdâtre, écumeuses et contenant beaucoup de mucosités (*mêmes remèdes*). 26. Ventre tendu, coliques, déjections très-fréquentes, sentiment d'ardeur à l'anus, pouls mou et un peu fréquent; chaleur presque naturelle; (*mêmes remèdes*). 27 et 28. Symptômes stationnaires, douleurs aux lombes; (*même prescription*). 29. Huit selles de couleur rouge, sans douleurs; pesanteur d'estomac, salivation, urines abondantes et sédimenteuses, retour des

forces, apyrexie; (*une once de crême de tartre*). Premier avril. Deux selles de consistance naturelle, suspension des remèdes. Le 7, sortie en pleine santé.

On voit dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, que le flux dysentérique, comme symptôme de la fièvre pétéchiale, s'est développé à un point extraordinaire; j'ai aussi constamment observé que le flux lui-même était d'autant plus prompt à se manifester, que les symptômes de gastricité avec lesquels la maladie se déclarait étaient plus intenses.

VI.e *Obs.* — Ballani, soldat italien, du second régiment d'infanterie de ligne, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament sanguin, commença vers le 20 février, à manquer d'appétit et à s'ennuyer de tout. Le 25, il eut de temps en temps des frissons, des douleurs de tête et de la chaleur pendant la nuit. Il entra à l'hôpital le 29, avec la fièvre; il se plaignait d'une lassitude douloureuse dans tous les membres, il avait la langue couverte d'une mucosité blanche, soif intense, tension gravative et incommode vers la région du creux de l'estomac; (*tartre émétique, douze grains en vingt-quatre heures*). 1.er mars. Vomissemens répétés où se trouve un mélange de matières jaunes muqueuses d'une saveur amère; (*nouvelle prescription d'émétique*). 2. Visage gonflé, face colorée; deux heures après midi, augmentation de la fièvre, sommeil, délire tranquille, pouls fréquent et plein; (*une saignée, continuation de l'émétique*) 3. Sang couenneux; le malade est à-peu-près comme le jour précédent, si ce n'est qu'il y a liberté du ventre; (*saignée, crême de tartre*). 4. Quelques traces de couenne, raison saine et diminution de tous les symptômes, diarrhée; (*deux onces de crême de tartre, à prendre en deux fois*). 5. Six selles, un peu de fièvre, somnolence; (*crême de tartre*). 6 et 7. Diarrhée, chaleur et soif, toux suivie de crachemens muqueux; (*crême de tartre*). 8 et 9. Peau humide, pesanteur des membres, cessation de la soif,

diarrhée modérée; (*crême de tartre*). 10. Six selles; (*mêmes médicamens*). 11 et 12. Sueurs pendant la nuit, déjections rares, fièvre très-faible; le malade va mieux; (*crême de tartre*). 13. Plus de fièvre, quatre selles; (*crême de tartre*). 14 et 15. Trois selles par jour, les forces reviennent; (*crême de tartre*). Le 18, déjection naturelle, et le 30, sortie avec santé complète.

Ce cas nous fait voir que la méthode évacuante employée avec promptitude, soit en provoquant le vomissement ou les sécrétions, soit en pratiquant les saignées, prépare la terminaison de la maladie, si toutefois elle ne prévient pas le développement du flux lui-même; on pourrait même avancer qu'elle est la cause de la guérison.

VII.ᵉ *Obs.* — Rafaelli, forçat, âgé de 24 ans, d'un tempérament robuste, entra à l'hôpital le 14 février. Il avait été traité par un de mes collègues jusqu'au 21 du même mois, lorsqu'une nouvelle distribution des malades, faite à mon arrivée à Mantoue, confia à mes soins cet individu et cent soixante autres; on avait employé le traitement antiphlogistique, c'est-à-dire quelques purgatifs et le nitre. Je trouvai somnolence, abattement des forces, chaleur, pouls mou et peu fréquent, langue brune et tremblante, soif intense, poids douloureux à la région du cœur, évacuations fréquentes de couleur jaune; (*une dissolution d'acide sulfurique mêlée de miel.*) 22. Sept selles. Stupeur, continuation de la fièvre; (*une once de sulfate de magnésie.*) 23. Neuf selles sans douleurs, augmentation de la soif; (*même boisson acide.*) 24. Vomissement très-fort et répété, le malade rejette quatre lombrics par la bouche; déjections presque continuelles, prostration plus considérable; pouls petit et faible; (*même boisson*) 25. Continuation du vomissement; les déjections furent très-nombreuses et accompagnées d'une perte considérable de matières écumeuses, d'une couleur verdâtre, sans qu'il y eut douleur; anxiété très-forte, abattement extrême des

forces, tremblement des mains et des jambes, obscurité dans la vue, physionomie défaite; voix faible et lamentable; pouls fréquent, très-faible et à peine sensible, froideur aux extrémités, crainte de la mort; (*quatre onces d'eau de menthe poivrée, deux gros de la liqueur anodine d'Hoffmann et un grain de teinture d'opium, une livre et demie de vin.*) 26. Vomissement faible avec lequel il rejète deux lombrics; figure meilleure, diminution de tous les symptômes; (*mêmes remèdes, seulement le vin est porté à deux livres*). 27. Sept vomissemens, neuf selles; la vue s'était rétablie et les tremblemens avaient disparu, chaleur revenue à son état naturel, pouls plus développé et diminution de la soif; (*prescription répétée du mélange excitant, le vin est porté à trois livres*). 28. Un seul vomissement, déjections plus nombreuses, pouls régulier, peu fréquent, accroissement des forces; (*même mélange, quatre livres de vin*). 29. Mêmes symptômes, mêmes médicamens, 1.er mars, vingt évacuations sans douleurs; (*même remède*. 2. Deux vomissemens, déjections nombreuses; (*même prescription*). 3. Déjections comme à l'ordinaire, un seul vomissement, amaigrissement considérable, pouls mou et souple. Le malade manifeste de la crainte et de la timidité; (*même remède*). 4. Déjections nombreuses; il se plaint de chaleur à l'estomac, et de tension et de chaleur à l'abdomen; soif intense, pouls un peu fréquent et un peu tremblant. Considérant qu'à la suite de doses si fortes de stimulans, les déjections, au lieu d'aller en diminuant, augmentaient ainsi que l'amaigrissement du malade; réfléchissant en outre à l'augmentation de la soif, au sentiment d'ardeur développé dans l'estomac, et à l'état du pouls, je résolus de recourir de nouveau à la méthode évacuante; (*un demi-gros de racine de jalap, et une demi-once de crême de tartre*). 5. Un vomissement, douze selles avec évacuation de deux lombrics (*Même prescription*). 6. Huit selles; (*même prescription*). 7. Dix selles, chaleur natu-

relle, pouls mou; (*une once de crême de tartre*). 8, 9 et 10. État stationnaire; (*racine de jalap et crême de tartre*). 11. Douze selles, ardeur de l'estomac affaiblie, soif diminuée; (*même prescription*). 12. Sept selles, appétit; (*même prescription*). 13. Quatre selles, le malade était de bonne humeur; (*24 grains d'ipécacuanha en deux fois*). 14 et 15. Amélioration, ardeur de l'estomac cessée; (*nouvelle prescription d'ipécacuanha*). 16. Cinq selles, pesanteur à l'estomac; (*jalap et crême de tartre*). 17. Quatre selles; (*douze grains d'ipécacuanha*). 18 et 19. Selles revenues à l'état naturel; (*on repéte l'ipécacuanha*). 20 et 21. L'amélioration continue, les forces reviennent, suspension des remèdes, sortie de l'hôpital le 31 mars en très-bonne guérison, qui, je crois, continua toujours.

D'après cette observation on voit manifestement: 1.° que le seul avantage obtenu par l'administration des stimulans, fut une diminution dans l'intensité des symptômes, et dans la disparition spontanée de la maladie. 2.° Que la permanence du flux dysentérique à un degré considérable, tant à la suite des stimulans qu'à la suite des évacuans préalablement employés, montre l'existence d'une cause morbide indestructible au moyen des remèdes, et à laquelle était lié le flux. 3.° On reconnaît facilement et clairement l'influence des deux méthodes sur l'état de la maladie, puisque, la maladie contagieuse ayant cessé et ayant été chassée de l'économie, d'un autre côté le flux de ventre ne consistant plus que dans une diathèse sthénique qu'il avait amenée et vraisemblablement dans la phlogose de la membrane interne des intestins, effet même de la contagion, et en même temps des causes constitutionnelles que nous avons énumérées en leur lieu, le flux luimême fut arrêté au moyen des évacuans (1).

(1) Il est bon de noter que quelquefois après les maladies contagieuses, la violence de leur action étant calmée, il reste après un peu de fièvre ou

VIII.[e] *Obs.*—Terzi, forçat, âgé de 25 ans, d'une constitution faible, éprouvait déjà, depuis quelques semaines, de l'ennui, un manque d'appétit, et digérait mal; il était très-pâle et très-maigre. Le 4 mars, il ressentit des alternatives de froid et de chaud; le 6, chaleur continue, douleur des membres inférieurs et des lombes, bouche amère, diarrhée. Le 8, entrée à l'hôpital; il avait une céphalalgie vertigineuse, de la morosité, langue pâle, soif, yeux languissans, pouls fréquent, accéléré, petit et faible, accroissement de chaleur; (*une once de crême de tartre*). 9. Grande faiblesse, somnolence, douleur aux sourcils et au fond des orbites, quinze évacuations de matières aqueuses; (*deux onces de crême de tartre, à prendre en deux fois.*) 10. Huit selles, le malade était très-triste et de mauvaise humeur, répugnance pour les remèdes; il disait sentir un vent qui lui soufflait aux oreilles, langue sale, couverte d'un gluten blanc; (*deux onces de crême de tartre*). 11. Quatorze évacuations aqueuses, poids au creux de l'estomac, soif insatiable, voix sourde et faible, haleine fétide, décubitus sur le dos, fatigue considérable; (*deux onces de crême de tartre*). 12. Selles avec borborygmes et quelques petites douleurs, joues d'une couleur jaune-rouge, yeux larmoyans; (*crême de tartre*). 13. Huit évacuations de matières jaunes, et émissions de trois lombrics, urine sédimenteuse, esprit inquiet, langue humide; (*crême de tartre*). 14. Quinze selles suivies d'évanouissemens, prostration encore plus considérable, plaintes con-

---

quelqu'autre indisposition la tente et incommode relative à la forme particulière que la maladie a revêtue. Ce reste de contagion vient de ce que les vaisseaux absorbans et leurs glandes retiennent toujours quelque principe morbide. (*Voyez* Sœmmering, *Maladies des vaisseaux absorbans.*) C'est pour cela que je penche à croire que la dysenterie de long cours n'est pas maintenue seulement par la phlogose de la membrane interne des intestins, mais que quelquefois aussi y concourt la raison dont nous avons parlé.

tinuelles, nuit troublée, tension des hypocondres, mains froides, chaleur aux pieds; (*crême de tartre*). 15. Six selles, stupeur, soif moderée, pouls petit, faible et accéléré; (*une once de crême de tartre*). 16. Quatre évacuations, sentiment de pesanteur à l'estomac, et de tension au bas-ventre, visage pâle; maigreur extrême; (*crême de tartre*). 17. Cinq selles, forces meilleures; (*remèdes comme ci-dessus*). 18. Deux selles, sommeil tranquille pendant la nuit; le matin sueurs et disparition de la fièvre; (*crême de tartre*). 19. Deux déjections de consistance naturelle, le malade était gai et content, et avait grand appétit. 20 et 21. Il va de mieux en mieux. 22. Pesanteur à l'estomac; quatre selles; (*une once de crême de tartre*). 23. Cinq selles; (*crême de tartre*). 24. Deux selles, pesanteur à l'estomac disparue; sortie de l'hôpital le 18 avril, en bonne santé.

Ce malade prit vingt onces de crême de tartre; je suis certain qu'elles ont été prises avec la plus grande exactitude. En effet, connaissant par une longue expérience, la négligence des infirmiers d'un côté, et de l'autre l'indocilité des malades, je m'astreignis à la pénible charge de faire administrer tous les purgatifs en ma présence, ce qui est, pour le dire, la plus grande partie des remèdes que j'ordonnai. On doit noter ici que, quel que fût le nombre des causes qui agirent sur l'individu avant la contagion, toutes ont été débilitantes: telles sont le froid, le manque de mouvemens, les prisons peu aérées, des alimens peu nourrissans, des boissons aqueuses et les souffrances de l'esprit, toutes circonstances auxquelles il faut attribuer l'état de faiblesse ou de maigreur où se trouvait le malade: malgré cela cependant, la contagion produisit une maladie de diathèse sthénique qui fut peu prononcée, comme on doit le remarquer; c'est pourquoi nous recourûmes à une méthode curative légère; la saignée n'était pas nécessaire.

Obs. IX[e]. — Bilezick, officier de vétérans royaux, âgé

de 50 ans environ, d'humeur mélancolique, mais d'ailleurs d'un bon tempérament, avait une affection catarrhale légère. Après douze jours de séjour à l'hôpital, il fut attaqué d'une diarrhée qui ne tarda pas à devenir copieuse et fut accompagnée de pesanteur au creux de l'estomac et d'une soif intense; (*rhubarbe, crême de tartre, racine de jalap, répétées pendant le cours de trois semaines*). A dire vrai, l'avantage que j'en retirai fut peu de chose; il survint des coliques, un sentiment d'ardeur à l'estomac, et du tenesme; le soir je trouvai augmentation de chaleur avec un pouls un peu fréquent, petit et tendu. Il sentait de l'aversion pour les alimens, et était dans un abattement considérable de forces et d'esprit, au point que le malade désespérait déja de sa guérison (*sangsues à l'anus*). Il fut très-soulagé. Le vingt-cinquième jour de la maladie, le tenesme s'exaspéra, et le malade éprouvait un sentiment d'ardeur dans tout le bas-ventre; les évacuations étaient devenues très-fréquentes et teintes de sang; la prostration des forces était encore plus grande et la maigreur considérable. La soif était très intense, la langue jaunâtre, la chaleur accrue, la peau sèche et l'abdomen gonflé; (*racine de jalap, rhubarbe; pour boisson, limonade, émulsions nitrées.*) Le malade prenait tous ces médicamens avec docilité et confiance, bien que souvent il nous dit qu'il ne pourrait résister long-temps à une si forte maladie; (*lavemens d'infusion de camomille, en dissolvant dans chacun douze grains de tartre stibié*). Le trente-sixième jour, diminution des douleurs et du nombre des déjections, et calme de tous les symptômes; (*mêmes remèdes à une plus faible dose*). Chaque jour l'amélioration se faisait sentir; ensuite les douleurs disparurent peu à peu, et le ventre revint à l'état naturel.

Au moyen d'une méthode continuée si assiduement, et qui me fut suggérée par l'idée certaine et claire que j'avais de la nature du mal, je rendis cet officier à une parfaite

santé, après deux mois d'une dysenterie très-cruelle, et sur laquelle, d'abord, j'avais porté en moi-même un jugement peu favorable. Cet individu, lorsqu'il fut reçu à l'hôpital, ne présenta aucune trace de cette maladie qui certainement lui fut communiquée dès qu'il fut entré. On trouve, en outre, un exemple d'un flux de ventre qui, d'abord de peu d'importance, menaçait de parvenir au plus haut degré de violence, et même de passer à l'état d'une dysenterie lente et chronique.

Obs. X^e^. — Tobbio, forçat, âgé de 25 ans, d'un tempérament robuste, fut pris, le 7 mars, d'un abattement de forces soudain et considérable, il fut reçu à l'hôpital le 9. Il avait la fièvre, pesanteur à la tête, vertiges, nausées, douleurs d'entrailles, bouche amère, langue jaunâtre, et se plaignait de douleurs dans tout le corps; (*six grains d'émétique*). 10. Vomissement et diarrhée; anxiété accrue; forces musculaires extrêmement abattues; fièvre forte, délire; pétéchies au bras, au cou et à la poitrine; pouls fréquent, inégal et faible; (*une saignée et une once de crême de tartre*). 11. Sang couvert d'une couenne dure; vomissement de deux lombrics et d'une grande quantité de matières verdâtres; déjection copieuse de la même couleur; fatigue très-grande de l'estomac, et chaleur à tout l'abdomen; (*demi-gros de racine de jalap, et une demi-once de crême de tartre*). 12. Treize évacuations, stupeur, face gonflée, langue sèche, soif intense, toux; (*une once de crême de tartre*). 13. Douleur gravative au côté gauche du thorax; accroissement de la toux; gêne dans la respiration; urines rares et rouges; sueurs d'une odeur acide fétide; couleur ictérique de la peau; (*nouvelle saignée et six grains d'émétique*). 14. Cardialgie; abdomen gonflé, douloureux, sensible au moindre attouchement; déjections copieuses d'une couleur verdâtre; éruption considérable de boutons miliaires blancs; soif ardente; (*mêmes remèdes, fomentations froides sur le bas-*

ventre.) 15. Déjections continuelles; dureté vers l'ouverture supérieure du ventricule; apparitions d'aphthes au gosier et à la langue; sentiment de chaleur à l'anus, et se continuant jusqu'à la gorge; soif intarissable; déglutition impossible; aversion des boissons comme chez les hydrophobes; face plombée, hoquet, amaurose, ischurie, escarrhes gangréneuses au sacrum. Le malade conservait la tranquillité d'esprit, et implorait d'une voix expressive quelque soulagement; (*saignée et fomentation*). 16. Déjections non interrompues d'une fétidité suffocante, vertes, foncées et noires; douleurs et tourmens accompagnés de désespoir; chaleur moindre qu'à l'état naturel; pouls accéléré, petit et très-fréquent; traits du visage décomposés; yeux larmoyans; taches d'une couleur foncée en différens endroits du corps; (*continuation des fomentations.*) 17. Respiration fréquente, courte et stertoreuse; soubresauts des tendons; décubitus sur le dos; nez effilé; yeux caves; cessation des douleurs; pouls faible, exténué, et ne battant qu'à de longs intervalles; urines et déjections involontaires. Le malade succomba le soir.

L'ouverture du cadavre nous fit voir une inflammation se propageant de l'œsophage jusqu'à l'anus. On trouva dans le ventricule une grande quantité de matières bilieuses d'une couleur foncée; la surface interne de ce viscère était couverte de taches tantôt brunes, tantôt rouges, ainsi que de pustules blanches assez semblables aux aphthes du gosier. On voyait cependant plusieurs points noirs enfoncés. Le péritoine était attaqué d'inflammation ainsi que le ventricule et les intestins; le foie était volumineux, un peu dur, et d'une couleur verte foncée autour de la vésicule du fiel. A la section, il était rempli de granulations; la rate était très-grosse, d'une couleur bleue foncée, d'une structure molle, et qui se détruisait avec la plus grande facilité; le poumon gauche était enflammé et

fortement adhérent à la plèvre; le péricarde renfermait une sérosité un peu rouge.

Obs. XIe. Bellésa, soldat attaché aux transports, jeune homme très-robuste, entra à l'hôpital le 7 mars, ayant la fièvre depuis trois jours. Il avait des symptômes de catarrhe, grande faiblesse, soif, bouche amère, pouls fréquent et vibrant, évacuations faciles; (*saignée*, *six grains de tartre stibié, délayés dans deux livres de décoction d'orge*). 8. Sang couenneux, deux selles, visage rouge et gonflé; toux, douleur des membres et des lombes; pouls plein et fréquent; langue sêche, pâle, avec large tache de couleur foncée à la racine; (*saignée et tartre stibié répétés.*) 9. Couenne épaisse et dure sur le sang; quatre selles; quelques symptômes de toux, somnolence, esprit troublé par des fantômes, pétéchies; (*une once de crême de tartre.*) 10. Cinq selles; sifflement dans les oreilles; délire et quelques soubresauts des tendons; (*six grains d'émétique.*) 11. Vomissement de matières bilieuses, déjections copieuses, rougeur fugace aux joues, yeux brillans, délire, le pouls était inégal et un peu vibrant, respiration fréquente, augmentation de la toux; (*saignée et une once de crême de tartre*). 12. Sang liquide; deux selles; délire faible; légers tremblemens des membres; langue grossie et noire, rouge à sa pointe et aux bords; pétéchies disparues; (*une once de crême de tartre.*) 13. Huit déjections liquides peu copieuses. On le forçait de parler et de tendre la langue: mais celle-ci se mouvait difficilement et lentement, et la mâchoire inférieure ne s'abaissait que péniblement. Respiration laborieuse, urines foncées; (*crême de tartre*). 14. Quatre selles, et évacuations de deux lombrics mêlés aux excrémens : il y avait délire, la carpologie; (*une once de crême de tartre, six grains d'émétique*). 15. Etat stationnaire; (*même prescription*). 16. Déjections involontaires; état d'insensibilité; rotation des yeux; respiration fréquente, courte; déglu-

tition difficile; les boissons refluent par les narines; tension du bas-ventre; (*tartre stibié*). 17. Déglutition suspendue; respiration élevée; sommeil profond; physionomie décomposée; visage livide; épaules élevées; yeux hagards, ouverts et immobiles. 18. Déjections et urines involontaires; respiration stertoreuse; yeux pulvérulens; extrémités froides; mort.

A l'ouverture du cadavre, l'estomac présenta çà et là, des irradiations de couleur rouge; les petits et les gros intestins étaient enflammés : les premiers présentaient trois invaginations; les poumons, le diaphragme et le foie étaient également enflammés et adhérens l'un à l'autre, le poumon droit adhérait aussi à la plèvre, le foie parut très-volumineux, une partie se rompait avec facilité, une autre restait dure; le poumon gauche était lui-même légèrement enflammé. Le cerveau fut trouvé rempli de sang et comme injecté : les plexus choroïdes étaient très-gonflés. Il y avait une transsudation de lymphe coagulée entre la dure-mère et la pie-mère, et on trouva dans les ventricules plus d'une cuillerée de sérosité sanguinolente.

Obs. XIIe. — Casenave, soldat français du 6.me régiment de ligne, âgé de 32 ans, d'une complexion faible, entra à l'hôpital le 2 mars, avec des douleurs au bas-ventre, des déjections liquides, fréquentes et teintes de sang : il était extrêmement abattu. L'abdomen examiné, nous trouvâmes les muscles droits assez contractés, et la rate gonflée et dure; les yeux et le corps étaient d'une couleur jaune; le pouls était petit, et beaucoup plus fréquent que dans l'état naturel; la chaleur était légèrement augmentée. Le malade me déclara que l'automne précédent il avait été attaqué de longues fièvres intermittentes; (*une once de sulfate de magnésie*). 3. Douze évacuations de matières vertes, jaunâtres et muqueuses; soif intarissable, coliques accompagnées de tenesme, le pouls était con-

tracté et dur; (*saignée et six grains d'émétique*). 4. Sang couenneux; déjections diminuées; rémission de tous les symptômes; pouls plus développé; (*saignée, demi-once de crême de tartre mêlée avec un demi-gros de racine de jalap*). 5. Trace de couenne, cinq selles, douleurs affaiblies; (*une once de crême de tartre*). 6. Trois selles; bas-ventre mou, flexible et sans douleur, couleur ictérique presque disparue, grand appétit; (*remèdes suspendus*). 7 et 8. Le malade se levait et se promenait: il n'y eut qu'une ou deux selles par jour. 9. Après un brouillement dans le corps, suivi de douleurs à l'abdomen, le malade eut six selles; (*une once de crême de tartre*). 10. Quinze selles, avec douleur et sentiment d'ardeur interne très-incommode dans tout l'abdomen, soif ardente. Le malade avoua avoir mangé secrètement du pain et de la viande, et d'avoir bu du vin qu'il avait acheté de quelqu'un de ses camarades; (*une demi-once de crême de tartre et racine de jalap; fomentations froides au bas-ventre*). 11. Douze évacuations de matières jaunes, muqueuses et teintes de sang, langue sèche, stupeur; (*mêmes remèdes*). 12. Nombreuses déjections; douleurs à la cuisse gauche; augmentation de la fièvre; tension des hypocondres; sécrétion douloureuse des urines; hoquet et langue de couleur foncée; (*saignée et racine de jalap avec la crême de tartre*). 13. Couche gélatineuse sur le sang dont le caillot était mou; selles copieuses et sanguines, accompagnées de coliques et de tenesme; douleur vive au creux de l'estomac; anxiété; muscles de l'abdomen très-contractés; paralysie des membres inférieurs; prostration extrême des forces; insouciance; (*crême de tartre*.) 26. Déjections continuelles; état d'insensibilité; gêne dans la respiration; pouls irrégulier, très-petit; mains froides, roideur de tout le corps; mort pendant la nuit.

A l'ouverture du cadavre, on trouva l'estomac et les intestins grêles inflammés, avec trois invaginations; les

glandes mésentériques gonflées ; le foie volumineux, d'une couleur jaune semblable à celle de l'or ; sa structure était molle, friable et toute granuleuse ; la vésicule du fiel était gonflée et remplie d'une bile dense et noirâtre ; la rate fut trouvée trois fois plus volumineuse qu'à l'état naturel, et se déchirait avec la plus grande facilité.

XIIIe *Obs.* — Suffiati, forçat, âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament robuste, entra à l'hôpital. Le quatrième jour de son séjour au lit, il y avait fièvre, sentiment de fatigue et de brisement dans tous les membres, céphalalgie vertigineuse, toux, langue sale, de couleur vert-jaunâtre, douleur gravative au creux de l'estomac, où il ne pouvait souffrir la moindre pression, soif intense, diarrhée ; (*racine de jalap et crême de tartre*). Premier jour. Nombreuses déjections, apparition de pétéchies aux bras, à la poitrine et au cou ; prostration douloureuse des forces, somnolence, trouble d'esprit, pouls fréquent, contracté et dur ; (*saignée et racine de jalap avec crême de tartre*). 2. Couche gélatineuse à la surface du sang, caillot mou, diminution des symptômes, six déjections ; (*racine de jalap avec crême de tartre*). Le soir, alternatives fréquentes de froid et de chaud, efforts pour vomir, accroissement de la fièvre ; (*six grains de tartre stibié*). 3. Délire pendant la nuit, grave anxiété, bourdonnement aux oreilles, langue sèche et tremblante, yeux rouges et brillans ; déjections très-nombreuses mêlées de trois lombrics, éruption de boutons miliaires blancs très-considérables ; (*deux doses de racine de jalap avec crême de tartre*). 4. Vingt selles, langue sèche, inégale, d'un rouge foncé, gencives douloureuses ; douleur à la trachée-artère, paraphonie, salivation abondante, toux, chaleur dans tout l'abdomen, cardialgie, soif intense ; (*une saignée et crême de tartre*). 5. Sang avec une couenne consistante ; quinze évacuations avec coliques, langue crevassée, couverte d'aphthes ; exanthèmes disparus, (*ra-*

cine de jalap avec crême de tartre). 6. Dix-huit évacuations; faiblesse extrême, abdomen gonflé et douloureux, urines sédimenteuses (*même prescription*). 7. Nombreuses déjections; un peu de délire, yeux rouges; (*même prescription*). 8. Treize évacuations, sommeil peu profond, efforts de toux fréquens (*même prescription*). 9. Dix selles; douleurs de la trachée diminuées, voix rauque, langue humide; (*même prescription*). 10. Sept déjections; le soir, horripilations et augmentation de la fièvre, stupeur profonde; (*deux onces de crême de tartre en deux fois*). 11. Huit selles; du reste comme hier; (*mêmes médicamens*). 12. Douze selles; douleurs aux oreilles, grave surdité, coliques et cardialgie diminuées (*racine de jalap avec crême de tartre*). 13. Neuf selles; urines abondantes et sédimenteuses; (*mêmes médicamens*). 14. Onze selles, langue nette, grande faiblesse; (*mêmes médicamens*). 15. Huit selles, sentiment de pression et de chaleur dans tout l'abdomen, et de cuisson à l'estomac; (*crême de tartre*). 17. Un peu de fièvre, continuation de la surdité, excrétion copieuse des oreilles, grande tristesse; (*crême de tartre*). 17. Sept déjections, exaspération de la fièvre, vomissement (*mêmes médicamens*). 18. Cinq selles, apparition d'érysipèle au visage; (*même remède*). 19. Cinq selles, sentiment de cuisson à l'estomac, face très-gonflée et douloureuse; (*même remède*). 20. Quatre déjections, écoulement abondant de matières purulentes par les oreilles; (*même remède*). 21. Rougeur érysipélateuse affaiblie, diminution du gonflement; (*même remède*). 22. Trois selles; pesanteur à l'estomac, apyrexie; (*suspension des remèdes*). 23. Desquammation de l'érysipèle, le malade était très-maigre et très-faible, grand appétit. 24. Deux selles; sommeil tranquille pendant la nuit. Du 25 au 29. Convalescence, desquammation de l'épiderme de tout le corps. 30. L'érysipèle s'est remontré au visage, mais beaucoup plus

faible que la première fois, un peu de fièvre (*trois onces de crême de tartre*). Le 13 avril il fut très-bien portant.

Ce cas fut un des plus graves ; je réfléchis dans la suite que si j'avais employé quelques saignées de plus et de bonne heure, la maladie n'aurait pas eu un si long cours. Ce fut un des malades chez qui la surdité fut la plus grave. L'érysipèle survenu au visage paraît avoir apporté un soulagement dans les symptômes dysentériques. J'ai depuis observé que les inflammations érysipélateuses et celles des parotides produisaient de l'amélioration assez généralement.

XIV.e *Obs.* — Cervi, soldat des vétérans du Roi, âgé d'environ cinquante ans, d'un extérieur maigre, mais d'ailleurs d'une constitution avantageuse, était déjà depuis trois mois attaqué de fièvres intermittentes, tantôt tierces, tantôt quartes, et pour s'en guérir il avait pris beaucoup de remèdes sans excepter le quinquina. Il entra à l'hôpital le 3 mars ; je lui donnai des décoctions et des extraits amers. Le 10, il sentit de la pesanteur à l'estomac, de légères douleurs, des borborygmes, des envies de vomir, et eut quelques déjections ; (*une once de crême de tartre*). A deux heures après midi est venu l'accès de fièvre, accompagné de froid, de chaud et de sueur. 11. Plus de quarante déjections, et grandes douleurs de bas-ventre ; il tomba deux fois en syncope. Vomissemens réitérés, soif très-grande, les yeux et la peau étaient devenus jaunes, pouls petit, faible et peu fréquent ; (*racine de jalap avec crême de tartre*). Au soir, même état, même prescription. 12. Douleurs continuelles pendant la nuit ; il évacua une quantité énorme d'eau, de pituite et de bile, toux considérablement diminuée, et après le milieu du jour l'accès fébrile reparut ; (*même prescription*). 13. Symptômes montés au plus haut point ; il ne s'écoulait pas plus de six minutes entre une déjec-

tion alvine et une autre, au point que par cette perte considérable d'humeurs, le malade était déja devenu très-maigre, (*un gramme de rhubarbe avec une demi-once de crême de tartre.*) Le soir, grande inquiétude, déjections encore très-fréquentes, de couleur vert-foncé, très-fétide; (*une once de crême de tartre*). 14. La nuit il y eut un peu de repos, les déjections furent moins nombreuses, il n'y eut que peu de douleurs. Après le milieu du jour, paroxysme (*crême de tartre*). 15. Même état qu'hier (*crême de tartre*). 16. Neuf évacuations bilieuses; vers quatre heures après midi, l'accès fébrile revint, mais il fut léger (*mêmes remèdes*). 17. Le malade ressentit quelques douleurs pendant la nuit, les évacuations étaient réduites à peu de chose (*crême de tartre*). 18. Cinq selles; du reste état de santé meilleur. L'accès fébrile ne revint pas, grand appétit. 19 et 20. Le malade fut très-bien; il ne fit que trois ou quatre selles par jour (*une once de crême de tartre*). 21. Le flux du ventre était terminé. Sommeil tranquille pendant la nuit, mais faiblesse extrême. Ses forces revinrent bientôt, et il sortit de l'hôpital le 4 avril, en très-bonne santé.

Quoique les *Archives* soient ouvertes à toutes les doctrines, et que les Rédacteurs ne se rendent nullement responsables des opinions consignées dans ce journal, nous croyons devoir accompagner le travail précédent de quelques réflexions. Il pourrait à la rigueur se passer de commentaire; les faits parlent assez d'eux-mêmes; et, puisqu'on nous les done pnour servir de contre-épreuve à une théorie médicale trop vantée jusqu'à présent sur la foi de ouï-dires et de raisonnemens hypothétiques, ils pourront en faire apprécier les principes et les conséquences. D'abord nous ne voyons pas pourquoi l'auteur a intitulé *dysenterie*, la maladie dont il donne la description générale, suivie d'observations particulières. La diarrhée ne suffit pas pour constituer la dysente-

rie, et il n'est pas étonnant que ce symptôme ait presque toujours eu lieu avec le traitement *antiphlogistique* des médecins italiens, c'est-à-dire avec l'usage de quelques purgatifs et du nitre, (*voyez* pag. 596, obs. VII). Si l'on considère les symptômes qui se sont offerts au commencement du traitement et après qu'il a été mis en usage, on ne peut se refuser à reconnaître dans la plupart des cas une gastro-entérite bien caractérisée. Nous ne chercherons pas à expliquer comment quelques malades ont pu échapper à la méthode employée dans ces divers cas. Il faudrait plus que du courage pour la tenter de nouveau, même après les prétendus succès qu'on lui attribue. Nous ferons seulement remarquer que dans toutes les observations, les symptômes de la gastro-entérite s'exaspèrent sous l'influence du tartre émétique et des purgatifs employés dès les premiers momens; que l'emploi simultané ou alternatif des saignées et des évacuans empêche de pouvoir tirer des conclusions rigoureuses, puisqu'on peut croire que les saignées ont corrigé les effets des irritans vomitifs et purgatifs; que les résultats des autopsies rapportées dans quelques cas mettent hors de doute l'influence des médications employées pendant la maladie; que les symptômes observés pendant la vie, et les altérations cadavériques trouvées après la mort, ont beaucoup de rapport avec les effets d'un empoisonnement par des substances irritantes et corrosives. Si la doctrine italienne n'a pas d'autres faits pour appuyer ses prétentions, elle court risque de ne pas trouver de partisans parmi les médecins français, accoutumés à mettre plus de sévérité dans l'interprétation des méthodes thérapeutiques.

Sans vouloir, comme on le fait aujourd'hui, rejeter entièrement de la pratique médicale les vomitifs et les purgatifs qui ont souvent des succès très-grands, soit à cause de la révulsion puissante qu'ils opèrent sur diverses parties du conduit digestif, soit à cause des changemens qu'ils ap-

portent dans certains organes ou dans toute l'économie, par suite de la sécrétion abondante qu'ils déterminent, il ne faut pas du moins que l'administration de ces remèdes soit tout-à-fait abandonnée au hasard ou prescrite sans distinction aucune. Dans quelques cas, qu'il est difficile de préciser d'avance, les irritans du conduit digestif ont paru amener la guérison beaucoup plus promptement qu'après l'usage des moyens indiqués par la nature du mal ; ce n'est pas une raison de préférer un mode de traitement si hasardeux à celui que l'observation et le raisonnement ont consacré comme plus certain. Sous ce dernier rapport, la méthode de traitement employée dans l'épidémie prétendue de dysenterie se rapproche singulièrement de celle du sieur Leroy, qui s'est rendu si célèbre par son vomi-purgatif.

Qu'on lise entr'autres l'observation VII.me; on y verra quelle confusion règne dans le traitement de la maladie; on pourra suivre pas-à-pas les effets des stimulans. Cette observation est encore accompagnée d'un commentaire curieux. L'auteur parle d'une maladie contagieuse chassée de l'économie, du flux de ventre qui ne consiste plus que dans une diathèse sthénique qu'il a amenée, et *vraisemblablement* dans la phlogose de la membrane interne de l'intestin, effet même de la contagion. Qu'attendre d'un traitement basé sur une telle théorie, ou d'une théorie déduite d'un semblable traitement? Ce n'est point ainsi que préludait M. Broussais à la découverte de vérités contre lesquelles s'élèvent envain quelques esprits prévenus. Ce n'est point avec des faits aussi équivoques que l'auteur de l'Histoire des phlegmasies chroniques a cherché à fonder une doctrine dont quelques idées fondamentales sont généralement adoptées. Nous renvoyons d'ailleurs aux réflexions judicieuses auxquelles M. Coster s'est livré dans l'exposition qu'il a faite, dans ce même cahier, de quelques points de la doctrine italienne.

Extirpation complète de l'utérus, pratiquée avec succès, sans qu'il existât préalablement une chute de cet organe ; par J. Nép. Sauter, *docteur, conseiller de médecine du Grand-Duc de Bade, etc.* (1).

Geneviève Waldraf, âgée de 50 ans, d'une constitution robuste, de taille moyenne, occupée journellement aux travaux pénibles de la campagne, avait toujours joui d'une bonne santé ; elle avait eu six accouchemens très-heureux, le dernier en 1811. Au milieu d'octobre 1821, elle vint me consulter pour une métrorrhagie très-abondante qui existait depuis quelque temps. Je reconnus, à l'aide du toucher, que le col et l'orifice de l'utérus, surtout à leur partie postérieure, étaient recouverts de fongosités dures, rugueuses, très-douloureuses et saignant au moindre attouchement. La malade était fort épuisée par la quantité de sang perdu : elle était pâle, faible et tourmentée par une insomnie continuelle. Tous les médicamens administrés à l'intérieur ne calmèrent les accidens que momentanément. En décembre le mal fit des progrès rapides : elle ne pouvait plus se coucher ; elle passait souvent les nuits entières le corps fléchi en avant contre son lit, en poussant des cris plaintifs. L'écoulement était devenu sanieux, et répandait cette odeur fétide propre aux altérations cancéreuses ; des excroissances fongueuses remplissaient le vagin et comprimaient le rectum de telle sorte qu'elles empêchaient les déjections qui n'avaient lieu qu'avec des douleurs atroces. A cet état de constipation opiniâtre, il succéda, le 16 janvier 1822, une diarrhée abondante qui dura cinq jours avec des souffrances extrêmes : la faiblesse parvint au plus haut degré,

(1) Extrait du Mémoire inséré dans *les Mélanges de chirurgie étrangère*, tome 1, par C. P. Ollivier, d'Angers, D.-M.-P.

Dans cette situation déplorable, la malade m'ayant demandé, avec l'accent du désespoir, du soulagement ou la mort, je lui parlai alors de la possibilité de pratiquer une opération qui pouvait emporter le siége de la maladie, mais qui offrait les plus grands dangers. Chaque jour ses sollicitations devinrent plus pressantes, et son état ne pouvant que s'aggraver de plus en plus, je me décidai à enlever la totalité de l'utérus en l'isolant de ses ligamens et des ovaires.

Voyant, d'après l'exploration des parties malades, l'impossibilité de produire la chute préalable de l'utérus au moyen de ligatures enfoncées dans l'épaisseur des fongosités, puisqu'elles se déchiraient par le moindre effort, je m'arrêtai à l'idée d'introduire un doigt dans la cavité de l'organe, et de m'en servir comme d'un crochet pour l'attirer en bas, de manière à pouvoir le fixer alors avec des tenettes ou de fortes pinces à polype. Cela fait, je me proposais de couper le vagin aussi haut que possible tout autour de l'utérus, puis de le détacher du péritoine avec le manche du bistouri, comme *Langenbeck* (1) dit l'avoir fait sans pénétrer dans la cavité abdominale; de faire passer le doigt de la main gauche pardelà le fond de l'utérus, d'achever, par ce moyen, de décoller le fond de l'utérus du péritoine, et de le séparer de l'intestin rectum de la même manière, sauf à employer avec sécurité l'instrument tranchant, quand les parties seraient attirées au dehors. Mon intention était de n'amener ainsi que l'utérus, et de laisser les ovaires et les ligamens, après les avoir détachés du corps de l'utérus. Tout étant disposé, je procédai à l'opération le 22 janvier 1822, aidé de M. *Distel* et de mon fils.

Je plaçai la malade horizontalement et en travers de son lit; les genoux étaient maintenus par mes aides; le

(1) *In neue Bibliothek*, vol. 2, p. 672.

rectum et la vessie avaient été vidés préalablement. Je tentai d'abord d'abaisser l'utérus avec un doigt agissant comme un crochet; mais les fongosités se déchirèrent et saignèrent sans que la matrice descendit aucunement; il fallut y renoncer. J'introduisis alors l'index et le médius gauches sous le pubis, jusqu'au cul-de-sac du vagin; je glissai entre ces deux doigts un couteau convexe, arrondi par le bout, à manche long et fixe, avec lequel je coupai le vagin sur l'utérus, en faisant immédiatement pénétrer un doigt dans l'ouverture que j'achevai tout autour du vagin, ce qui eut lieu sans interruption et sans accidens. Pour détruire les attaches latérales, j'introduisis de nouveau un doigt dans l'utérus pour l'attirer en bas, tandis qu'avec le manche du couteau ou avec l'index droit je déchirai le tissu cellulaire : mais l'adhérence était si forte que ce moyen ne réussit pas. Une masse de fongosités se déchira en partie, et vint faire saillie à la vulve. J'employai alors une pince avec laquelle je saisis la paroi antérieure du col, et la tirai, pendant qu'avec le manche du couteau et une spatule de baleine je cherchais à détacher l'utérus de la vessie. Mais plusieurs tentatives furent vaines; la pince échappa en emportant avec elle une portion de la tumeur.

L'opération durait depuis une demi-heure, et je n'avais pu effectuer ni l'abaissement de l'utérus, ni sa séparation d'avec le péritoine. La malade perdait patience, elle s'affaiblissait par la perte du sang dont la plus grande partie provenait du déchirement des fongosités. Alors je changeai de plan; je renonçai à toute espèce d'abaissement ou de séparation, et me déterminai à couper net au-dessus du fond de l'utérus. Pour cela, j'introduisis deux doigts de la main gauche dans le vagin, entre la vessie et l'utérus; je conduisis entr'eux le scalpel, je saisis avec l'index recourbé une portion de tissu cellulaire que je coupai près de l'utérus, jusqu'à ce que mes doigts parvinssent dans

l'abdomen ; ensuite je coupai de même peu à peu le péritoine en avant et en haut jusqu'aux adhérences naturelles latérales les plus élevées ; j'introduisis alors toute la main gauche dans le vagin, et pénétrai par l'ouverture du péritoine dans sa cavité, où je détachai de chaque côté de l'utérus les ovaires et les ligamens latéraux. J'appliquai alors la main sur le fond de l'utérus, et cherchai à le renverser en avant. Pendant cette tentative, la malade, irritée par ma main et les douleurs, fit un violent effort d'expulsion comme dans l'accouchement, et je sentis aussitôt les intestins se presser sur le dos de ma main et se précipiter dans le vagin. Je les repoussai dans l'abdomen et ressaisis l'utérus. Nouvelle contraction du ventre, nouvelle sortie des intestins, suivie de réduction. Je priai instamment la malade de s'abstenir de semblables efforts ; et tandis qu'un aide avec une main repoussait et contenait les intestins, je réussis à renverser l'utérus et à attirer son fond jusqu'à l'ouverture de la vulve. Les intestins le suivirent aussitôt et remplirent l'excavation du bassin : un aide les retint au moyen de trois doigts introduits par la vulve. Pendant ce temps, j'achevai avec l'instrument tranchant de détacher l'utérus de la paroi postérieure du vagin et de ses attaches latérales : ce qui eut lieu très-aisément et sûrement, les parties étant exposées à la vue. Ainsi fut terminée cette longue, pénible et dangereuse opération.

Je replaçai les intestins dans leur situation naturelle, et les y maintins avec un tampon de charpie sèche destiné à les garantir de l'air et des irritans. La femme fut placée dans une position horizontale qu'elle garda soigneusement. Excepté l'hémorrhagie dont j'ai parlé, il n'y eut que celle qui provint d'un petit vaisseau coupé vers la fin de l'opération, et qu'on arrêta avec le doigt. La malade perdit environ une livre et demie de sang. Cependant je remplis, par précaution, tout le vagin avec de la charpie *saupoudrée d'alun*. Bientôt après l'opération,

la malade se plaignit de fortes douleurs à la région de l'estomac; il lui survint une sueur froide générale, le pouls s'affaiblit et devint à peine sensible : on lui administra à petites doses du vin, de l'éther et de la teinture d'opium. Au bout de trois heures, elle se trouva mieux, la sueur devint chaude, le pouls plus plein. Elle ne se plaignit que d'une sensation brûlante dans le vagin; les douleurs qui s'étaient manifestées dans l'abdomen et le bassin disparurent.

Le lendemain 29, épigastre douloureux, vomissemens; le ventre est d'ailleurs peu sensible, soif intense, sueur chaude et générale. Le 30, la charpie est extraite du vagin, les intestins ne peuvent être sentis avec le doigt, et ne sont point descendus dans le vagin; la situation horizontale est soigneusement gardée. Continuation des vomissemens, abdomen tendu et douloureux, pouls sec et fréquent, sueur chaude continuelle, nulle évacuation de matières fécales ou de gaz par l'anus, écoulement involontaire et abondant d'urine. Le 31, évacuation de matières fécales dures, abdomen moins tendu, pouls moins fréquent, chaleur régulière de la peau, plus de vomissemens; on permet quelques alimens, on donne à l'intérieur le *quinquina* et *l'éther acétique*; frictions sur le ventre avec l'éther, fomentations avec le *vin aromatique*. Le premier février, la nuit fut orageuse, insomnie, deux vomissemens, issue de vents; au matin, abdomen météorisé, mais souple. Le mieux se rétablit dans la journée et dans la nuit suivante; six selles de matières dures d'abord, puis liquides, accompagnées de gaz. La suppuration du vagin s'établit. Tous les accidens cessent graduellement, à l'exception d'une sensation douloureuse et cuisante dans le vagin, surtout lors de l'écoulement de l'urine qui a lieu involontairement. Le 6, je suis étonné de voir la malade assise sur son séant sans éprouver aucune sensation pénible dans le ventre et dans le bassin;

en explorant le vagin, je ne pus avec le doigt sentir les intestins. Le péritoine me parut réuni en forme d'entonnoir, le sommet tourné en haut ; dès ce moment la malade prit une position plus élevée et se mit sur son séant sans inconvénient pour ses repas qui étaient substantiels depuis quelques jours. Le 7, l'écoulement de l'urine paraît devenir plus volontaire. Les jours suivans, la malade se lève seule et s'assied pour uriner, soit en se tenant debout, soit en se plaçant sur ses genoux : l'urine est mêlée de pus. Elle ne se plaint que des douleurs produites par le passage de l'urine dans le vagin d'où il sort quelques croûtes de pus concrété. Les 15 et 16, il survient de l'oppression et une œdême momentanée des membres inférieurs ; des sueurs abondantes font cesser cet épiphénomène. Le 17, on reconnaît par le toucher que la place où la matrice a été séparée du péritoine, offre une ouverture circulaire de la largeur d'une pièce d'un franc, au travers de laquelle on sent les intestins qui y adhèrent.

L'état de la malade s'améliorait chaque jour davantage ; il n'existait que des alternatives de diarrhée et de constipation sans symptômes graves. Le 23 février, l'ouverture du péritoine était complètement fermée ; l'urine coulait toujours par le vagin, et l'on avait reconnu une ouverture au bas-fond de la vessie. Insensiblement la cuisson diminua, et à l'exception de l'écoulement continuel de l'urine, la santé de cette femme devint très-satisfaisante malgré l'emploi d'un traitement fort excitant. Le 22 mars, tout le bassin était parfaitement guéri ; il n'existait rien dans tout le contour intérieur du vagin qui pût faire soupçonner la formation de quelque tumeur cancéreuse.

Cependant il y avait toujours quelques symptômes d'une irritation chronique de l'estomac et des intestins, mais qu'on calmait en faisant suivre quelques jours à la malade un régime sévère. Dans le commencement de mai, elle

avait repris ses occupations habituelles, elle se livrait à tous les soins du ménage, et bientôt elle commit de grands écarts de régime. Le 19 mai, elle fit une promenade d'un quart de lieue et but une bouteille de bierre fraîche. Dès le lendemain il se manifesta de la toux, et jusqu'alors il n'y en avait pas eu. Cette maladie nouvelle qui exigeait un peu de sobriété dans les alimens, n'empêcha pas la malade de se livrer à tout son appétit, et une violente indigestion en fut la suite. L'inflammation des poumons fit des progrès rapides après cet excès qui donna lieu à des vomissemens répétés. Quoique parfaitement guérie de l'opération qui avait été pratiquée, cette femme n'avait pas encore repris les forces qu'elle avait avant cette époque; aussi l'état d'affaiblissement dans lequel elle se trouvait rendit plus rapides les progrès de l'affection pulmonaire, et elle succomba le premier juin 1822. L'autopsie fut faite le lendemain par M. Sauter, en présence de MM. les docteurs Baer, Haaf et Distel.

La peau de tout le corps était pâle; blanche comme de la cire, la cuisse gauche et la grande lèvre de la vulve de ce côté étaient œdémateuses. Le ventre n'était pas météorisé. Le doigt introduit par le vagin fit reconnaître que le bassin était complètement fermé; il n'y avait aucune tumeur, ni ulcère: la paroi postérieure de la vessie était ouverte. Les poumons tuméfiés et décolorés laissaient écouler à la coupe une quantité considérable de mucosité grisâtre quand on les comprimait; le cœur était sain; la cavité de la poitrine contenait beaucoup de sérosité.

Tous les viscères de l'abdomen étaient dans l'état sain et dans leur situation naturelle; il n'existait dans cette cavité aucune trace d'épanchement récent ou ancien. L'épiploon recouvrait les intestins, le foie était sain. La vésicule vide n'offrit aucune altération; la rate et les reins étaient sains; l'estomac pâle, flasque, vide, n'était

point distendu par des gaz. Les intestins ne présentaient aucune trace d'inflammation récente : ils étaient vides, à l'exception du colon ascendant. La communication de l'abdomen avec le petit bassin était absolument fermée, et le péritoine avait dans ce lieu sa couleur propre Les intestins parurent s'enlever aisément jusqu'au milieu de la cloison membraneuse qui séparait les deux cavités : là, l'intestin grêle adhérait fortement, dans l'étendue d'une petite pièce de monnaie, par une substance membraneuse, d'un gris blanchâtre, d'une demi-ligne d'épaisseur, qui fut séparée avec quelque peine, mais qui ne laissa ensuite aucune ouverture pour pénétrer dans le bassin, et n'occasionna point de lésion à l'intestin. Derrière cette réunion, vers le rectum, on trouva une adhérence des intestins, de la grandeur d'un écu, et qu'on ne put détruire sans ouvrir la cavité du bassin. Ces viscères eux-mêmes étaient parfaitement sains, sans rétrécissement, et leurs fonctions n'avaient jamais été interrompues. Le rectum passait à droite de la ligne médiane, il n'offrait aucune altération, et la séparation avait eu lieu immédiatement à côté de lui ; en examinant le bassin de haut en bas, on n'y découvrit ni fongosité ni plaie ulcérée : tout y était parfaitement guéri, à l'exception de l'ouverture de la face postérieure de la vessie dont il a été parlé plus haut. Les ovaires, diminués de volume, étaient dans leur situation naturelle, les trompes utérines étaient difficiles à reconnaître.

Constance, le 3 juin 1822.

L'observation qu'on vient de lire démontre, comme on le voit, que l'extirpation totale de l'utérus sans déplacement préalable, est une opération praticable, même au milieu des circonstances les plus défavorables ; que les lésions qui l'accompagnent n'ont pas le degré de

gravité qu'on aurait redouté *à priori*, et que la guérison des parties intéressées peut avoir lieu sans infirmité incurable (toutefois en évitant soigneusement la vessie). C'est d'après cette opération sur le vivant et plusieurs autres que j'ai pratiquées sur le cadavre, que je la crois susceptible de règles aussi sûres et aussi fixes qu'aucune autre.

Sauter, D.-M.

VARIÉTÉS.

La censure, arrachée à la faiblesse toujours croiss ante
du Roi Louis 18, avait étendu son infernale et secrète inquis
jusque sur les journaux de médecine. Charles X en mi
sur le trône, n'eut rien de plus pressé que de détruire
ce monstre dévorateur. Cet acte est un de ceux qui sig
son avènement, et reportèrent vers lui les cœurs des
Français qui s'éloignoient de plus en plus de son prédéc

Académie royale de Médecine.

Assemblée générale de juillet.—M. Dugès lit un mémoire dans lequel il cherche à prouver par le raisonnement et par les résultats

de l'observation ; 1.° que l'avortement n'a presque jamais lieu sans une prédisposition ; 2.° que cette prédisposition est le plus souvent un état fébrile ou pléthorique qui, par suite de la surexcitation et du travail *hémorrhagique* qu'il détermine dans l'utérus, lui donne la contractilité dont il n'est pas doué dans l'état ordinaire ; 3.° que, s'il n'existe point de prédisposition, toute cause locale ne peut produire l'avortement qu'en changeant, par une sorte d'inflammation, l'organisation de l'utérus, et le douant de la contractilité nécessaire ; 4.° qu'un changement analogue s'opère peu-à-peu pendant la grossesse régulière, et que l'accouchement a lieu quand la matrice a acquis une activité suffisante ; 5.° d'où résulte cette différence, entre l'avortement et l'accouchement à terme, que celui-ci trouve ses moyens et ses élémens dans l'utérus, et qu'un *molimen général* ne peut qu'en entraver l'action, tandis que le premier ne peut avoir lieu qu'à l'aide de ce *molimen* nécessaire pour accélérer le changement d'organisation, sans lequel l'expulsion du fœtus ne peut avoir lieu : 6.° enfin, par conséquent, que la saignée favorise l'accouchement à terme et prévient au contraire l'avortement en supprimant le *molimen* qui arrête les fonctions de la matrice *déjà contractile*, et qui donne à la matrice *encore inerte* la contractilité qui lui manque.

Section de Médecine. — *Séance du 27 juillet.* — M. Andral fils lit, au nom d'une commission, un rapport sur le mémoire de M. Velpeau, ayant pour objet *l'engorgement des membres abdominaux chez les femmes en couches.* (*Voyez le* n.° *des Archives du mois de juin*). M. Andral joint aux faits cités par M. Velpeau trois autres faits recueillis par lui, et qui tendent également à démontrer que l'oblitération des veines est la cause d'un grand nombre d'œdèmes partiels.

M. Gérardin lit une notice sur les funestes effets du seigle ergoté, employé pour favoriser l'accouchement. Il rapporte que dans les colonies, cette substance est regardée comme un moyen sûr de produire l'avortement, et de donner la mort aux enfans encore enfermés dans le sein maternel. M. Gérardin pense en conséquence que le seigle ergoté ne doit être employé qu'avec beaucoup de précaution, et qu'on ne devrait y avoir recours que dans quelques cas d'inertie de l'utérus, ou bien pour favoriser l'expulsion de masses d'hydatides développées dans l'utérus.

Assemblée générale du 3 août. — M. Dupuy lit un Mémoire sur la pleurésie des chevaux. Il a déterminé artificiellement cette inflammation en injectant de l'acide oxalique dans la plèvre. Il a constaté que peu d'heures après l'injection une certaine quantité de liquide était déjà épanchée. Au bout de vingt-deux heures, il a trouvé la plèvre tapissée déjà par des fausses membranes. L'analyse chimique a démontré à M. Dupuy que les flocons dits albumineux nageant au milieu du liquide étaient surtout composés de fibrine. Ce liquide contenait, en outre de l'albumine, des traces d'oxyde de fer et différens sels. — M. Béclard dit à cette occasion s'être assuré depuis long-temps que les flo-

cons dits albumineux sont toujours composés de fibrine qui contient, comme dans une éponge, du sérum albumineux.

Séance du 10 août.— M. Dugès lit un Mémoire sur la névrite puerpérale ou l'inflammation des nerfs chez les femmes en couches. L'auteur décrit successivement la névrite circonscrite, la névrite avec œdème, la névrite phlegmoneuse, la névrite œdémato-phlegmoneuse et la névrite gangréneuse : tels sont les noms qu'il donne à l'inflammation des nerfs d'après les symptômes particuliers qui l'accompagnent. Il pense que fort souvent la névralgie *continue*, l'œdème douloureux des femmes en couches, certains phlegmons, etc., qu'on observe chez elles, doivent être attribués à l'inflammation d'un tronc nerveux principal, et qu'en résumé, la névrite est une maladie beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense communément.

M. Ferrus présente le larynx d'une femme qui était affectée de maladie vénérienne et qui mourut dans un accès de suffocation. Il existe sur les côtés de la glotte et principalement sur sa partie latérale droite, une végétation fongueuse, hérissée de petits mamelons isolés et très-saillans, qui en ferme presque complètement l'entrée.

M. Léveillé fait voir un tubercule, du volume d'un œuf de poule, qui s'est développé entre la dure-mère et l'arachnoïde qui la tapisse, à la partie externe et un peu antérieure du lobe gauche du cerveau. Son enveloppe est réunie, par plusieurs adhérences celluleuses organisées, à l'arachnoïde qui revêt la pie-mère du lobe cérébral dont les circonvolutions ont été affaissées et écartées dans une grande étendue. L'individu qui a présenté cette altération était depuis long-temps dans un état complet d'imbécillité, sans offrir d'ailleurs de symptômes particuliers. Il était aveugle depuis deux ans, et l'on trouva les deux nerfs optiques entièrement atrophiés.

M. Jadelot présente le cerveau d'un enfant idiot, dont les deux lobes n'offrent à leur face supérieure *aucune trace* de circonvolution. On n'observe dans leur épaisseur, des deux côtés, qu'une couche uniforme de substance médullaire blanche recouverte d'une couche mince de substance grise. Les ventricules latéraux n'offrent pas une dilatation plus grande que dans l'état normal ; les autres parties de l'encéphale sont également dans l'état ordinaire.

Séance publique annuelle. — Cette séance a eu lieu dans l'amphithéâtre de la Faculté. M. Double, président, a lu un rapport fort étendu sur les travaux de la section pendant l'année 1823. M. Esquirol a donné lecture d'un Mémoire très-intéressant sur cette question : *existe-t-il plus d'aliénés aujourd'hui qu'il n'y en avait il y a quarante ans ?* Nous donnerons dans le prochain numéro un extrait de ce travail. La séance a été terminée par l'éloge de Corvisart, prononcé par M. Pariset.

La Section, dans sa séance publique de 1825, décernera un prix de la valeur de *mille francs*, à l'auteur du meilleur Mémoire sur la question suivante : « Faire l'histoire des *tubercules*, sous le rapport de leur ori- » gine, de leur structure, dans les divers organes ou tissus d'organes ;

» indiquer, par des observations et des expériences, si l'on peut s'as-
» surer de leur existence et s'opposer à leur développement, ainsi qu'aux
» dégénérescences qu'ils éprouvent ou qu'ils peuvent produire. » Les Mémoires, écrits en français ou en latin, seront envoyés, franc de port, avant le 1.er Juillet 1825, et selon les formes ordinaires aux Académies, au Secrétariat de l'Académie Royale de Médecine, rue de Poitiers, n.° 8, à Paris.

Section de Chirurgie. — *Séance du* 25 *juin.* — M. le président lit une lettre de M. le secrétaire perpétuel, écrite au nom du Conseil-d'Administration de l'Académie, par laquelle il annonce que la proposition d'un prix faite au nom de la section de chirurgie pour l'an 1824, doit être regardée comme non avenue, parce que les formes prescrites par les règlemens pour la proposition de ce prix n'ont point été observées, et surtout parce que le gouvernement n'a fait aucun fonds pour l'acquitter.

Après la lecture de cette lettre, la section, à la suite d'une longue discussion, arrête qu'elle nommera une commission composée de cinq membres pour examiner la question de prix qui doit être proposée pour l'année 1825. La commission nommée pour cet objet, se compose de MM. Béclard, Cloquet, Moreau, Cullerier et Larrey.

M. Sanson lit au nom de M. Dupuytren deux observations sur l'extirpation de deux tumeurs fibro-celluleuses situées l'une et l'autre à la partie postérieure du col; l'une de ces opérations a été couronnée d'un plein succès, l'autre a été suivie immédiatement de la mort de la malade, par suite de l'introduction de l'air dans le système circulatoire sanguin. (*Voyez page* 424 *de ce volume*).

M. Béclard annonce la lecture prochaine d'un Mémoire, dont les idées principales ont été publiées il y a plusieurs années, sur l'appréciation des avantages de la taille transversale, des incisions multipliées du col de la vessie, pour extraire de gros calculs, et des lithotomes à plusieurs tranchans cachés ou non cachés.

M. Jules Cloquet a présenté un cancer de la mâchoire inférieure, qu'il a extrait il y a un mois, en faisant l'amputation de cet os, du côté droit, au niveau de la dernière dent molaire, et du côté gauche au niveau de la première grosse molaire. M. Jules Cloquet fut obligé d'enlever la moitié gauche de la lèvre supérieure qui participait à l'affection. Divers accidens se sont manifestés le lendemain de l'opération, mais ont été heureusement combattus. Le malade est en voie de guérison.

Nota. Quelques Journaux se contentent de copier dans ce Journal le compte rendu des séances de l'Académie. S'ils se donnaient; comme nous, la peine de les recueillir, la réunion de ces extraits offrirait nécessairement plus d'intérêt.

— M. Broussais vient enfin de publier sa réponse à la *prétendue nécrologie du Val-de-Grâce*, insérée dans notre numéro du mois de juin. M. Broussais ne dit pas que le tableau qu'on lui a opposé soit faux ; car dire qu'il n'a été communiqué ni par le sous-intendant militaire, ni par le directeur du Val-de-Grâce, ni par les autres personnes auxquelles on en a fait la demande confidentielle, et ajouter qu'on ne peut le tenir que de quelque officieux personnage qui se cache derrière le rideau, ce n'est pas nier qu'il puisse être exact. Bien plus, M. Broussais allègue des raisons pour justifier la perte plus grande de malades qu'on lui attribue. « 1.° Chargé de la Clinique, il a toujours cherché, avec le plus grand soin, à s'entourer des malades le plus gravement affectés, et les chirurgiens de garde ont constamment envoyé et envoyent encore chaque jour les plus grands malades dans ses salles, afin de profiter des observations ; 2.° très-souvent il arrive que des malades, sortis trop tôt, retombent et se font diriger dans ses salles ; 3.° il est très-ordinaire que des militaires des autres salles désirent d'être traités dans son service, et le demandent à leurs médecins, qui se font un plaisir de fournir à la Clinique une observation intéressante ; 4.° des vétérans qui ont coutume de se faire traiter par lui, finissent ordinairement (car il faut bien que des vieillards meurent) par lui apporter leur autopsie. » M. Broussais publie aussi une lettre de M. Desgenettes, qui apprend « que, depuis quinze à vingt ans, le médecin en chef reçoit constamment les plus *gros* malades, et qu'il n'y a aucunes conclusions défavorables et mêmes possibles à tirer d'un relevé nécrologique comparatif ; et qu'il y a d'ailleurs des sections de service, comme les galeux, les convalescens, les hommes en subsistance, qui fournissent peu ou point de mortalité. » Nous devons avouer que nous n'avons pas reconnu dans cette réponse le talent de M. Broussais pour la polémique. Si le tableau est faux, deux lignes suffisaient pour le déclarer ; s'il est exact, ce qui paraît prouvé par l'explication que nous venons de citer, M. Broussais pouvait encore défendre sa cause en peu de mots. Mais entasser, dans *onze pages*, une foule de lieux communs, d'assertions vagues, de réflexions étrangères au point essentiel de la discussion, parler de l'excellence de la médecine physiologique, du nombre et de l'enthousiasme de ses partisans, et de l'aveuglement de ses détracteurs, de l'inconvenance qu'il y aurait à dresser des relevés comparatifs de mortalité, des avantages de la méthode d'observation suivie par M. Broussais depuis vingt ans, répéter que la mortalité diminue, dire que M. Broussais est estimé des hommes de bien ; que cet hiver il n'a perdu que trois péripneumoniques sur un très-grand nombre qu'il a eu à traiter au Val-de Grâce ; tout cela, et bien d'autres choses encore, ne devait point se trouver dans la réponse de M. Broussais. D'ailleurs, n'était-ce point aux collègues de M. Broussais à attester les faits qui justifient sa pratique ? Au reste, on dit que le tableau n'a point été fourni par un *faux frère*, comme l'insinue M. Broussais, mais bien par l'un des chefs du service de santé du Val-de-Grâce.

— Puisque nous sommes sur le chapitre de M. Broussais, nous lui demanderons comment il peut insérer dans ses Annales une foule de faits isolés, mal observés, de réflexions devenues banales, que lui adressent des praticiens ignorés, ou de simples *cultivateurs*, anciens disciples de l'école de M. Broussais. Entr'autres articles curieux, nous pouvons indiquer « *l'Extrait d'une lettre écrite à François Broussais, chirurgien aide-major au* 52.me *régiment, par un cultivateur qui a suivi les leçons théoriques et pratiques de la doctrine physiologique* ». Ce cultivateur nous apprend, d'abord, que parmi les malades qu'il a soignés (car il a acquis dans le pays la réputation de médecin), il en a vu quelques-uns qui ont eu à se plaindre des sangsues. Il se récrie ensuite sur l'abus qu'en font certains médecins, qui ne se doutent point de la différence qui existe entre les phlegmasies aiguës et les phlegmasies chroniques Notre cultivateur a guéri une foule de phlegmasies chroniques; il a guéri un paralytique de 27 ans, dont la paralysie dépendait d'une gastro-entérite, une goutte sereine due à la même cause, trois folles, quelques teigneux, des galeux ulcérés; il a vu un malade atteint d'une gastro-entérite chronique depuis quinze ans, dont le tube digestif était tellement irrité, qu'il rendait par le fondement les boissons qu'on lui donnait, *une minute après les avoir avalées, et il les rendait tièdes ou froides, selon la température qu'elles avaient lorsqu'on les administrait !!!* Notre cultivateur a toujours trouvé la médecine physiologique toute-puissante. (*Annales*, mai 1824). Et ce sont de pareilles pièces que M. Broussais fournit à l'appui de sa doctrine!

— M. Cayol publie, dans le dernier numéro de la *Revue médicale*, un fait qui mérite de fixer un instant notre attention. « Il s'agit d'*un disciple fervent de la nouvelle doctrine*, traité d'abord par un *médecin physiologiste* pour une *gastro-entéro-céphalite*, par des évacuations sanguines qui ne firent qu'aggraver le mal, et traité ensuite avec succès par M. Cayol, qui reconnut une fièvre intermittente pernicieuse, et administra le quinquina en poudre. « Rien de mieux que de publier un pareil fait dans l'intérêt de la science, et *sans faire connaître le médecin* qui a eu le malheur de commettre une méprise aussi grave : nous voulons seulement faire quelques remarques au sujet de certaines opinions émises par l'auteur. La différence qui existe entre les phlegmasies et les fièvres intermittentes pernicieuses, est-elle toujours si bien tranchée qu'on ne puisse commettre de méprise à cet égard? Voyons un peu. Un malade est pris tous les soirs, le quatrième jour d'une plaie de tête, d'un accès caractérisé par du délire, alternant avec un assoupissement profond, une vive coloration de la face, etc. Le jour, il est calme et gai, raisonne bien, et mange de bon appétit la nourriture qu'on lui accorde. Le cinquième accès est suivi de la mort. A l'ouverture, on trouve la dure-mère détachée des os et couverte de pus; l'arachnoïde rouge et couverte d'une matière puriforme; la pie-mère épaissie, et le cerveau ramolli et brunâtre au niveau d'une plaie qui existait au crâne. Un autre malade éprouve successivement quatre accès qui reviennent et cessent tous les jours à la même heure,

avec des symptômes propres à l'encéphalite. A l'ouverture, on trouve l'arachnoïde rouge, la pie-mère adhérente aux circonvolutions qui étaient ramollies. Un troisième est atteint de cinq accès réguliers avec le type tierce, et qui sont également caractérisés par les accidens propres à l'encéphalite; l'apyrexie était complète dans l'intervalle des accès. L'examen du cadavre montra l'arachnoïde épaissie et opaque, la pie-mère infiltrée d'une sérosité purulente, le cervelet mollasse, et un foyer de pus dans le lobe moyen droit du cerveau. Ces affections avaient été considérées comme autant d'exemples de fièvres pernicieuses auxquelles on s'était contenté d'opposer le quinquina. Ces faits sont consignés dans l'ouvrage de MM. Parent et Martinet, sur *l'arachnitis* (n.os 103, 104 et 106); les deux derniers ont été recueillis par ces médecins à la clinique de M. Récamier : on ne peut en nier l'authenticité. En voici un autre non moins curieux, recueilli par M. Deslandes à la clinique de M. Récamier. Une femme est prise d'une fièvre intermittente tierce, éprouvant dans les accès une violente céphalalgie, vomissemens abondans, assoupissement, douleurs vives dans les membres. Après douze accès, la fièvre devient continue; le quinquina est inutilement administré, et la malade meurt le cinquième jour, vingt-neuvième de la maladie. On trouve, à l'ouverture, l'arachnoïde opaque et épaissie, une quantité considérable de pus dans la pie-mère, les circonvolutions cérébrales aplaties, un épanchement séro-purulent dans les ventricules latéraux (*Dissert. inaug.*). Que répondre à de pareils faits? Suffit-il de nous renvoyer aux *immortels* ouvrages de Morton, Sydenham, Lancisi, Torti, Werlof, Senac, Lautter, Sarcone, etc.? Et si M. Recamier a pris pour des fièvres intermittentes pernicieuses des encéphalites dont les symptômes étaient régulièrement intermittens, devrait-on montrer tant d'indignation à propos d'une erreur d'un autre genre commise par M. Broussais? Et faudra-t-il ne voir dans ces cas que « de *l'ataxie*, *de la malignité*, *ou*, *si l'on veut*, *un trouble des fonctions du système nerveux*, *sans altération organique appréciable?* » Les mots *ataxie*, et surtout *malignité*, paraissent à M. Cayol très-propres à désigner certaines maladies. Ce médecin a sans doute lu les importans ouvrages de MM. Broussais, Lallemand, Rostan, Parent et Martinet, et il ne peut ignorer que ces affections prétendues *ataxiques* ou *malignes* ont été rattachées d'une manière évidente, dans nombre de cas, à des lésions organiques sensibles, à des phlegmasies intenses des organes dont les fonctions avaient été troublées pendant la vie. « Que deviennent de pareilles maladies (*les fièvres malignes ou pernicieuses*), ou plutôt que deviennent les malades, si on les livre sans défense à la nouvelle doctrine, s'écrie M. Cayol? » Mais, d'abord, le cas rapporté par M. Cayol est encore le seul qui ait été publié contre la pratique de M. Broussais; et si nous ouvrons les ouvrages de MM. Lallemand, Parent et Martinet, nous voyons que plusieurs centaines de malades sont morts de phlegmasies cérébrales prises pour des *fièvres ataxiques*, *malignes* ou *pernicieuses*, et traités par des stimulans de toute espèce. Y a-t-il donc tant de mal à

essayer d'une méthode opposée à celle qui a produit de si funestes résultats? Parce que M. Broussais pousserait jusqu'à l'exagération les conséquences de sa doctrine, faut-il méconnaître les éminens services qu'il a rendus à la science et à l'humanité? Parce que ce médecin aurait été injuste envers quelques hommes, et qu'il aurait blessé des amours-propres; faut-il méconnaître les vérités qu'il a enseignées, et dont ses adversaires mêmes font si souvent leur profit dans la pratique?

— M. Bricheteau nous adresse la note suivante. « On lit dans le dernier cahier de la *Bibliothèque médicale* (juin 1824, page 189) une note intéressante sur un nouveau signe tiré de la percussion thoracique. En rendant justice au zèle et au talent de M. Martinet, auteur de cette note, je crois devoir faire observer que les mots *tintement métallique* (1) ne désignent qu'imparfaitement le son *argentin* que produit, dans le cas dont il parle, la percussion thoracique, quand on l'exerce sur la poitrine, à l'endroit correspondant aux cavernes plus ou moins remplies de liquides ou de gaz, qui se sont développées chez les phthisiques. On doit plutôt, à mon sens, comparer ce son à celui que produit une percussion légère exercée sur un sac rempli de petite monnaie, ou sur la cuisse avec deux mains dont les surfaces palmaire et concave se correspondent. D'un autre côté, c'est à tort que l'auteur de cette note ne fait remonter sa découverte qu'à 1817. Pendant les années 1814, 1815 et 1816, que je faisais une grande partie de mon service d'élève interne de l'Hôtel-Dieu avec M. Husson, nous avons, je crois, les premiers, constaté l'existence de ce signe un grand nombre de fois. Presqu'aucun phthisique ne mourait dans nos salles, et on conçoit qu'il en mourait beaucoup, sans que nous eussions, avant et après la mort, fait l'investigation de ce signe, que je considère comme aussi certain dans la phthisie pulmonaire que la pectoriloquie obtenue par le moyen du stéthoscope. C'était, qu'il me soit permis de le dire à la louange de M. Husson, un temps de ferveur pour l'anatomie pathologique : aucun cadavre de notre service ne sortait de l'hôpital sans avoir été ouvert et soigneusement examiné.

Pour me résumer par une conclusion qui soit en même temps un acte de justice, je dirai que c'est à M. Husson, notre maître d'alors et notre ami d'aujourd'hui, qu'il faut attribuer la découverte de ce signe. Personne de nous n'a oublié avec quelle habileté il pratiquait la percussion, d'après les erremens de Corvisart, qui fut en d'autres temps son maître et puis son ami. »

— En publiant le tableau des maladies observées à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Recamier, M. Martinet aurait bien dû dire quelques mots sur le changement fort remarquable survenu dans la constitution atmosphérique, où dans les opinions médicales du médecin de l'Hôtel-

(1) Bruit qui, suivant M. Laennec, ressemble à celui que rend une coupe de métal, de verre ou de porcelaine que l'on frappe légèrement, ou dans laquelle on laisse tomber un grain de sable.

Dieu. Quoi! sur deux-cent-soixante-trois malades admis dans les salles de M. Récamier, pendant les six premiers mois de cette année, on ne trouve aucun cas de *fièvre essentielle inflammatoire*, *bilieuse*, *adynamique*, *maligne*, pas un seul cas de *foyer ataxique*? et on voit figurer *treize gastro-entérites*, et *quinze fièvres catharrhales* que M. Récamier rapporte « à une *prédominance inflammatoire* fixée sur le système muqueux en général, *ou bornée seulement à la muqueuse gastro-intestinale*, » et qu'il traite presque toujours par la diète, les boissons délayantes, *des applications de sangsues à l'épigastre*, etc.!!! M. Martinet nous apprend en outre que « le traitement antiphlogistique, généralement mis en usage, fut couronné de succès », et ce médecin ne rapporte pas un seul cas où le camphre, le musc, les stimulans les plus actifs aient été employés!!! Et si M. Récamier allait être pris de cette *manie inflammatoire*, qui récemment a fait tant de progrès en France, que deviennent les *saines doctrines médicales*? Quoi! point de fièvres essentielles dans l'espace de six mois! Il ne manquerait plus à ce malheur que de voir le médecin de l'Hôtel-Dieu considérer les tubercules du poumon comme le résultat d'une phlegmasie... Quel scandale!!! Mais nous verrons bientôt si c'est M. Recamier qui a changé d'opinion, ou si c'est la constitution médicale qui a varié depuis quelque temps: nous aurons soin d'en instruire nos lecteurs.

— M. Serres vient d'observer un cas fort curieux à l'hôpital de la Pitié. Un épileptique avait eu, il y a six mois; une inflammation de l'œil droit, avec coarctation de la pupille et plus tard opacité de la cornée transparente; la perte de la vue de ce côté en a été le résultat. Dans les premiers jours du mois d'août, on s'est aperçu que la conjonctive était d'une insensibilité telle qu'on pouvait passer entre les paupières et le globe de l'œil les barbes d'une plume sans que le malade s'en aperçût; la narine droite était également insensible à l'introduction d'un corps étranger; du sulfate de quinine mis sur la moitié droite de la langue n'était point senti; les gencives du même côté étaient molles, fongueuses, noirâtres et détachées des os, les dents étaient presque toutes cariées et plusieurs étaient tombées; les gencives du côté opposé étaient malades, mais moins que celles du côté droit; enfin l'ouïe était très-dure à droite. Le malade est mort au bout de quelques jours, à la suite d'une affection chronique de l'encéphale qui avait désorganisé en grande partie ce viscère sans produire des phénomènes remarquables. L'ouverture du corps a été faite en présence de MM. Serres, Magendie, Lisfranc, Georget, et de plusieurs élèves. On a d'abord lu les détails que nous venons de rapporter sommairement. La cinquième paire de nerfs du côté droit présentait une altération très-remarquable. A son origine elle était molle, jaunâtre, et presque gélatiniforme; cette matière s'enfonçait à une ligne ou deux dans la profondeur de la protubérance annulaire; au-delà le nerf pouvait être suivi et n'offrait aucun changement de couleur ni de consistance. Le nerf s'était rompu sans qu'on s'en fût aperçu lorsqu'on avait extrait le cerveau de.

la cavité du crâne. La portion qui dépassait le rocher en arrière avait la même apparence molle et jaunâtre, sauf pourtant les filets musculaires qui étaient parfaitement sains; sur le rocher, avant le plexus, les filets nerveux étaient écartés par une infiltration de sérosité; ils avaient là conservé leur consistance. Le ganglion était jaunâtre et faisait une saillie qu'on ne remarquait pas du côté opposé. En mesurant sur le rocher la largeur des nerfs de chaque côté, on a observé que celui du côté gauche, qui était sain, avait quatre lignes et demie de large, et l'autre seulement trois lignes. La chambre antérieure de l'œil avait disparu par l'adhésion de la cornée à l'iris. Cette coïncidence d'une lésion du nerf trijumeau avec l'altération de l'œil et des gencives, la perte de l'action des sens, est d'autant plus curieuse, qu'elle confirme les résultats obtenus par M. Magendie par la section des nerfs de la cinquième paire. Une circonstance que nous ne devons point oublier, c'est que chez ce malade les filets musculaires du nerf affecté étaient sains, et que la mastication n'était point empêchée. Au reste, M. Serres publiera cette observation, et nous la ferons connaître plus en détail.

— M. Janson, chirurgien en chef distingué de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a pratiqué sept fois l'opération de la taille par la méthode recto-vésicale. Quatre malades sont guéris sans fistule. Un est mort par suite d'une violente cystite; le calcul était adhérent, et on n'avait pu le détacher qu'en enlevant des lambeaux de la muqueuse vésicale. Deux enfans en bas-âge moururent d'une violente inflammation du bas-ventre. M. Janson croit que la taille recto-vésicale ne doit point être pratiquée chez les enfans; chez eux, l'intestin rectum est doué d'une sensibilité plus exquise, ce qui doit ajouter à la gravité des accidens inflammatoires; la chute si fréquente de cet intestin à cet âge, doit apporter des entraves à l'exécution de l'opération; enfin, chez eux l'hémorrhagie n'est pas plus à craindre, et l'introduction du doigt dans la vessie est tout aussi facile par toute autre méthode. Un malade a été guéri par cette méthode non-seulement de la pierre, mais encore de quatre fistules urinaires.

— M. le docteur Gibson s'est livré à des recherches très-curieuses relativement à la teinte rouge que prennent les os des animaux lorsqu'à leurs alimens on mêle de la garance. Il s'est convaincu que ceux des jeunes pigeons prenaient dans un jour une couleur rose, et dans trois une couleur écarlate foncée, tandis qu'il en fallait quinze pour que ceux des adultes contractassent cette teinte rose. Un fait remarquable, c'est que les os les plus éloignés du cœur sont aussi les plus longs à se colorer ainsi. Ces expériences ont été répétées avec l'extrait du bois de campêche qui a développé dans les os des jeunes pigeons une couleur pourpre. M. Gibson s'est également convaincu que si l'on cesse de leur en donner pendant quelque temps, les os recouvrent leur couleur naturelle. Ces dernières recherches paraissent contraires à celles de Duhamel, qui assure qu'en nourrissant un animal pendant une semaine avec des alimens contenant de la garance et une semaine sans garance, et en continuant ainsi pendant

quelque temps, les os offrent des couches concentriques rouges et des blanches. Il concluait de ces recherches, que l'accroissement des os avait lieu de la même manière que le tronc des végétaux. Ce point mérite d'être bien examiné.

— M. le docteur John vient de découvrir dans le pollen une substance qui tient le milieu entre le gluten et l'albumine, à laquelle il a donné le nom de *pollénine*. Cette substance est jaune, insipide, inodore et insoluble dans l'eau, l'alcohol, l'éther et les huiles volatiles. Elle brûle avec flamme. Exposée à l'air, elle contracte bientôt l'odeur et le goût du fromage, et donne lieu à un dégagement d'ammoniaque.

Recherches chimiques sur les moyens de reconnaître la présence de l'acide hydrocyanique chez les animaux empoisonnés par cette substance.

Il n'y a pas encore six mois qu'on niait la possibilité de reconnaître la présence d'un poison végétal dans le cas d'empoisonnement par quelqu'une de ces substances. Un évènement célèbre dans les annales du crime a fixé aussitôt l'attention des chimistes, et déjà l'un d'eux, M. Lassaigne, a fait connaître les moyens propres à démontrer la morphine et l'acide hydrocyanique dans le corps humain. Lorsque l'action des divers réactifs sur les poisons végétaux sera bien étudiée, nul doute qu'on ne parvienne à reconnaître également tous les autres dans de pareilles circonstances. Un telle connaissance sera un service précieux rendu par la chimie à la médecine-légale, et il faudra désormais, comme l'a fort bien dit le Nestor de la chimie française, que la chimie intervienne pour démontrer la substance du poison et donner aux juges une pleine conviction. En effet, les phénomènes physiologiques sont des indices très-utiles pour mettre sur la voie de la nature du poison, mais ils sont insuffisans pour en donner une preuve évidente. Avant de se livrer à la recherche de l'acide hydrocyanique dans l'estomac des animaux, M. Lassaigne a cru devoir se livrer à celle de l'action des réactifs sur cet acide. Il s'est donc assuré qu'en saturant une solution aqueuse d'acide hydrocyanique par un peu de potasse, et y versant ensuite du persulfate acide de fer on pouvait en reconnaître $\frac{1}{10000}$ du poids de l'eau. Si au lieu de persulfate de fer on emploie le sulfate de cuivre, et qu'on y ajoute suffisante quantité d'acide hydrochlorique pour dissoudre l'excès d'oxyde de cuivre précipité par l'alcali, la liqueur prend un aspect laiteux, même quand elle n'en contient que $\frac{1}{20000}$. Si l'on étend cette liqueur dans une grande masse d'eau, le précipité disparaît en quelques heures, et la liqueur se clarifie, surtout si le liquide où il s'est formé est acidulé par l'acide hydrochlorique. Un fait bien digne de remarque, c'est qu'en faisant le double essai par ces deux réactifs, par le persulfate de cuivre, son effet a disparu, et la liqueur est devenue claire souvent avant que celle qui a été traitée par le persulfate de fer ait acquis la teinte bleuâtre qui lui est propre. Il ar-

rive quelquefois que cette couleur ne se manifeste que douze et même dix-huit heures après. C'est au moyen de ces deux réactifs que M. Lasseigne a découvert, quarante-huit heures après la mort d'un chat, l'acide hydrocyanique dans le tube intestinal. Le procédé consiste à distiller dans une cornue tubulée la liqueur qu'on en a extraite, ainsi que les intestins coupés par petits morceaux. Comme l'acide hydrocyanique est très-volatil, il passe à la distillation : quand on a obtenu $\frac{1}{8}$ de la liqueur, on arrête là l'opération, on sature le produit par la potasse, et on l'examine par les deux méthodes précitées. Il résulte des cinq observations consignées dans le travail de ce chimiste :

1.° Que par ces deux réactifs, on peut reconnaître dans une liqueur distillée l'acide hydrocyanique dans la proportion de $\frac{1}{10000}$ à $\frac{1}{20000}$ du poids de l'eau;

2.° Qu'il est possible de le reconnaître dans l'empoisonnement des animaux, plus de quarante-huit heures après la mort;

3.° Que c'est toujours dans les viscères où il a été primitivement ingéré qu'on a pu en découvrir les vestiges;

4.° Qu'on n'a pu en reconnaître la moindre quantité dans les organes encéphaliques, la moelle épinière et le cœur, quoiqu'ils développassent une odeur qui en fit soupçonner l'existence.

Un autre chimiste qui s'occupe beaucoup de chimie médicale est sur le point de terminer un travail intéressant sur un autre poison végétal; tout le porte à croire qu'il pourra également en démontrer la présence dans les empoisonnemens par cette même substance. E. J.

Discours prononcé à l'Académie des Sciences de Paris, le 26 juillet 1824, par STANISLAS GROTANELLI, *professeur de médecine-clinique à l'Université de Sienne, et un des collaborateurs à la publication de* l'Anatomes universa Pauli Mascagni.

MESSIEURS,

Étranger à cette société et à votre nation, je ne sais comment exprimer mes sentimens de reconnaissance, pour l'honneur que vous m'accordez de vous présenter au nom de mes collègues, le chevalier André Vaccà Berlinghieri, Giacomo Barzellotti, et Giovanni Rossini, professeurs à l'université de Pise, la première livraison de la grande Anatomie de Paul Mascagni, mon compatriote et mon maître.

Je suis d'autant plus sensible, Messieurs, à la faveur que je viens de recevoir, qu'en daignant jeter les yeux sur les cinq premières tables coloriées de ce grand ouvrage, je peux vous exposer les véritables motifs qui ont déterminé mes savans collègues à vous montrer la première partie d'un si admirable travail.

Je peux me dispenser de faire ici l'éloge du vénérable Mascagni. Ses titres anatomiques vous sont connus, puisque cette Académie a cou-

ronné l'ouvrage classique et original des Vaisseaux lymphatiques, publié à Sienne en 1787. Au milieu d'une assemblée où sont réunis tous les genres de connaissances, je n'ai pas besoin de prouver que la grande Anatomie est toute entière l'ouvrage de l'auteur de l'histoire des Vaisseaux lymphatiques, qu'elle est le fruit de trente années d'études, d'une assiduité et d'un zèle sans exemple dans les annales de l'anatomie. Plusieurs d'entre vous, Messieurs, en voyageant en Italie, ont pu juger par eux-mêmes que ce grand travail était achevé avant 1810. En effet, l'auteur le faisait voir sans ostentation et sans jalousie, et la première réponse que j'ai reçue du baron Cuvier, lorsque je lui ai manifesté, le 21 de ce mois, le désir de lui soumettre ces planches, a été celle-ci : Je les ai vues chez Mascagni ; Mascagni me les a montrées lui-même.

Ma mission auprès de vous a donc un tout autre objet, et pour m'en acquitter je dois rappeler à votre mémoire qu'à l'époque de la mort de ce grand anatomiste, arrivée en 1815, tout ce qui devait être gravé était déjà dessiné et colorié, et qu'en conséquence tout était préparé par l'auteur lui-même pour en commencer la publication. Mais la mort vint frapper Mascagni, et peu de temps après, elle enleva aussi son neveu, le docteur Aurélius Mascagni, connu par la publication de l'Anatomie à l'usage des Peintres, autre ouvrage de son oncle. La malheureuse famille Mascagni n'avait pas encore épuisé les revers de la fortune; elle devait être la victime d'autres revers, lorsqu'elle choisit les moyens d'illustrer, par la publication de la grande Anatomie, le nom d'un homme qui ne lui avait laissé que l'éclat de ses talens et le souvenir de ses vertus. Les retards qu'a soufferts la grande Anatomie, depuis la mort de Mascagni jusqu'à la publication de cette première livraison, furent les résultats de ce dernier malheur, et de l'empire que les circonstances exercent souvent sur certains hommes. Vous en jugerez, Messieurs, ainsi que de la publication légitime de cet ouvrage, par la lettre de la famille Mascagni au comte de Lasteyrie, qu'elle me charge de vous présenter.

Vous voyez, par les cinq tables que vous avez sous les yeux, la vérité du contenu de cette lettre, et vous jugerez que cette démarche était nécessaire. D'un autre côté, vous aurez la preuve d'une manière plus évidente que les productions du génie sont sujettes à être dérobées comme celles de la terre.

Quoique vous soyez convaincus, Messieurs, par l'immensité du travail, par le témoignage de tous les savans, par cette même lettre des héritiers de Mascagni, que cet ouvrage appartient tout entier au génie anatomique de cet immortel auteur, qu'il est le fruit de trente années de fatigues, et qu'il a exigé des dépenses énormes ; si quelqu'un conservait encore quelque doute à cet égard, il peut s'adresser à l'Ambassadeur de Toscane près Sa Majesté très-chrétienne, où il trouvera les épreuves de toutes les gravures faites jusqu'à la mort de l'auteur, et tous les documens autographes qui en prouvent l'authenticité. Ces matériaux ont été déposés entre les mains de son Excellence l'Ambassadeur, pour prouver

à toute l'Europe, et spécialement à la France, que les tables de Mascagni, publiées à Pise, sont les seules originales et les seules légitimes.

D'après cela, Messieurs, je vous prie d'agréer l'hommage que je suis chargé de vous faire au nom de mes collègues; je vous supplie en même temps de rectifier l'erreur qui avait été commise, sans le savoir, lorsque vous rendîtes compte de la publication de *l'Anatomes universa Pauli Mascagni*, sur une tête coloriée qui ne forme qu'une petite partie des tables que j'ai l'honneur de vous présenter, et d'après laquelle vous sembliez croire que l'ouvrage publié en Toscane, était différent de celui publié dans la lithographie du comte de Lasteyrie. Si vous comparez ces deux travaux ensemble, vous en reconnaîtrez l'identité et le véritable auteur, et vous verrez que si un autre nom a pu en imposer à des consciences aussi éclairées que les vôtres, l'illusion se dissipera comme les nuages devant les rayons du soleil.

Celui qui ôte aux ouvrages du génie des grands hommes le nom de leur véritable auteur pour y substituer le sien, quelle qu'en soit la raison, éprouve le même sort que cet édile, qui voulait immortaliser son nom en cachant celui de l'architecte qui avait donné les plans des plus beaux monumens. Le nom de ce dernier resta gravé sur le marbre et sur le bronze, et celui de l'édile tomba avec le plâtre qui les recouvrait. De même, tout nom étranger gravé sur les tables de Mascagni est tracé sur le plâtre, et celui de l'immortel auteur de la grande Anatomie vivra éternellement, comme l'ouvrage lui-même, comme la science anatomique, comme l'humanité!

BIBLIOGRAPHIE.

Elémens de physique en trente leçons; par A. TEYSSEDRE. *Un vol. Chez l'Editeur, rue de l'Ecole de Médecine, N.° 4. Prix, 6 fr.*

Dans cet ouvrage, l'auteur expose d'une manière très-claire et très-précise les théories qui sont la base de la physique, telle qu'on l'enseigne actuellement. Pour apprendre une science quelconque, il faut d'abord l'étudier dans des ouvrages d'une étendue médiocre. Cette vérité était présente à l'esprit de M. Teyssèdre, lorsqu'il a composé son petit Traité de physique. Le lecteur qui sera bien pénétré des vérités qu'il contient, pourra lire avec moins de fatigue et plus d'avantage les ouvrages où la science est traitée à fonds. L'Université exigeant des candidats au grade de bachelier ès-lettres, quelques connaissances sur le système de chimie qu'on a adopté depuis une trentaine d'années, l'auteur a jugé à propos, pour la commodité de ceux de ses lecteurs qui voudraient prendre ce grade, d'exposer en peu de mots, dans son ouvrage, les principes qui servent de base à cette science. A. CHEVALLIER.

FIN DU CINQUIÈME VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE CINQUIÈME VOLUME DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

FIN DE LA TABLE.

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.° 20.